

# MDK *forum*



Wie  
gesund  
sind  
unsere  
Kinder  
?

Liebe Leserin, lieber Leser,

wie steht es um die Gesundheit der rund 13,5 Millionen Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren, die in Deutschland leben? Was hat sich verändert in den vergangenen Jahren? Sind tatsächlich zu viele Kinder zu dick, zu oft in den sozialen Medien unterwegs und zu selten beim Sport? Wird der Nachwuchs überfordert oder überbehütet?

Im aktuellen Schwerpunkt des MDK *forums* »Wie gesund sind unsere Kinder?« richten wir den Blick auf ganz unterschiedliche Aspekte: Wir beleuchten unter anderem, wie sich Krankheitsbilder verändert haben, fragen nach Erfahrungen mit Inklusion und nach den Auswirkungen von exzessiver Smartphonennutzung. Außerdem haben wir mit einem MDK-Gutachter über die Besonderheiten bei der Begutachtung von Kindern gesprochen. Und wir waren in einer Rehabilitationsklinik im Schwarzwald, die Kinder und deren Familien nach schweren Erkrankungen therapiert.

Daneben stellen wir die Arbeit der *Grünen Damen und Herren* in Krankenhäusern und Pflegeheimen vor und beschreiben, wie sich Lebenskrisen auf die Leistungsfähigkeit im Beruf auswirken. Schließlich verraten wir Ihnen, warum ein Lächeln Herzen öffnet und Aggressionen hemmt.

Haben Sie eine gute Zeit.

Ihr Dr. Ulf Sengebusch



## Aktuell

Die Gute Frage **Warum wirken die Älteren immer jünger?** 1  
**Kurznachrichten** 3  
 Auch das noch 32

## Titelthema

**Wie gesund sind unsere Kinder?** 5  
 Kinderkrankheiten im Wandel **Asthma statt Windpocken** 8  
**Pflegen statt spielen** 10  
**Sind unsere Kinder mittendrin oder außen vor?** 12  
 Rehabilitation für schwer erkrankte Kinder und deren Eltern  
**In der Gemeinschaft zurück ins Leben finden** 14  
 »Wir Kindergutachter sehen die Besserungen« 16  
**Süchtig nach digitalen sozialen Medien** 18  
**Ein buntes Zuhause auf Zeit** 19

## Wissen & Standpunkte

**Meilenstein auf dem Weg zur neuen Pflege-Qualitätsprüfung in Heimen** 20  
 Palliativversorgung **Bis zuletzt gut versorgt** 22

## Gesundheit & Pflege

**Wenn Lebenskrisen den Job beeinflussen** 24  
 Ehrenamt in Krankenhaus und Pflegeheim **Diskrete Helfer in der Pflege** 26  
 Postboten kümmern sich um Senioren **Mit freundlichen Grüßen** 28

## Weitblick

Virtual Reality für Medizinstudenten **Medizin in der dritten Dimension** 30

# Warum

# wirken

# die Älteren

immer

jünger?



Die Menschen werden heute deutlich älter als früher. Dabei sehen immer mehr ältere Menschen viel jünger aus als sie es tatsächlich sind. Experten sagen, dass von Generation zu Generation fünf bis acht Jahre biologische Verjüngung stattfindet. MDK forum hat Dr. Martin Denzel, Gruppenleiter am Max-Planck-Institut für Biologie des Alterns, nach Ursachen und Auswirkungen gefragt.

**Schaut man sich alte Fotos zum Beispiel aus den 50er und 60er Jahren an, wirkt die Generation der damals über 50-Jährigen im Vergleich zu den heutigen »Silver Agern« deutlich älter. Ist es tatsächlich so, dass immer mehr ältere Menschen, übrigens auch Hochbetagte, heute jünger aussehen als früher?**

Ich habe zwar auch den Eindruck, dass heute viele ältere Menschen jünger aussehen, so recht wissenschaftlich bewiesen ist das aber nicht. Was feststeht ist, dass die menschliche Lebenserwartung zunimmt. Tatsächlich hat sie sich seit der Industriellen Revolution beinahe verdoppelt. Das ist eine ungeheuer wichtige Beobachtung, die das Leben und die Erwartungen, die wir an unser Leben haben, entscheidend prägt. Das bedeutet mit anderen Worten, dass das biologische Altern vom chronologischen Altern entkoppelt werden kann, und Menschen also heutzutage im Schnitt bei gleichem chronologischen Alter biologisch jünger sind. Das wirkt sich sicher auch auf ihr Aussehen aus.

**Altern die Menschen heute anders als noch Generationen vor uns? Viele Ältere arbeiten noch, viele suchen nach einer Aufgabe, viele lernen noch. Und es scheint, als würden sie damit jünger bleiben.**

Das Altern des menschlichen Organismus läuft, zumindest auf zellulärer Ebene, genauso ab wie vor Generationen und auch wie bei den Tieren. Die äußeren Umstände haben sich natürlich geändert und Arbeit per se lässt Menschen nicht mehr in dem Maße altern wie noch vor hundert Jahren. Tatsächlich sind mentale Fitness und Neugierde besonders wichtig und zeichnen die junggebliebenen Alten aus. Was das Altern ausmacht, ist die Art und Weise, wie unsere Zellen

und Organe mit Stress umgehen. Und hier ist biologischer Stress gemeint, also zum Beispiel DNA-Schäden durch UV-Strahlung oder toxische Moleküle, die im normalen Stoffwechsel als Nebenprodukt anfallen. Im Alter kann man mit diesen Belastungen schlechter umgehen als in der Jugend. Während sich also die von außen einwirkenden Stressoren wie harte körperliche Arbeit oder giftige Substanzen in der Umwelt geändert haben, bleibt die zelluläre Antwort gleich.

**Kann man das Altern beeinflussen, oder ist alles genetisch vorbestimmt?**

Das Altern ist das Ergebnis aus dem Zusammenwirken von unseren Genen und der Umwelt. Wir können also unser Verhalten und unsere Umwelt so anpassen, dass wir unsere Chancen, ein hohes Alter zu erreichen, optimieren. Hier wirkt sich insbesondere der persönliche Lebensstil aus. Faktoren wie Ernährung, Bewegung, Alkoholkonsum und das Rauchen spielen eine entscheidende Rolle. Das Altern hat aber eine klare genetische Komponente. Dies zeigt sich zum Beispiel bei Menschen, die ein extrem hohes Alter von 110 und mehr Jahren erreichen. Anekdoten besagen, dass diese sehr alten Menschen nicht unbedingt besonders gesund leben, sondern eher dank ihrer guten Gene so alt werden konnten. Kinder von Menschen, die ein sehr hohes Alter erreichen, haben selbst erhöhte Chancen, sehr alt zu werden.

**Lichtes Haar, Altersflecken, Falten - wie altert der menschliche Körper?**

Die wichtigsten Veränderungen spielen sich auf molekularer Ebene ab. Zellen müssen permanent zum normalen Funktionserhalt diverse molekulare Schäden korrigieren. DNA, das Molekül, das unseren genetischen Code trägt, wird

permanent durch minimale chemische Veränderungen geschädigt, die korrigiert werden müssen. Passiert das nicht, kommt es zur Ansammlung von Mutationen, die Krebs auslösen können. Proteine, die molekularen Maschinen der Zelle, müssen komplex gefaltet werden, um ihre Funktionen ausüben zu können. Dieser Faltungsprozess ist unter besten Umständen kompliziert und fehleranfällig. Das ist im Alter noch weiter verstärkt und es kommt zur Ansammlung falsch gefalteter Proteine, die die normale Zellfunktion behindern und für neurodegenerative Krankheiten verantwortlich sind. Sichtbare Veränderungen, Falten und Altersflecken, aber insbesondere altersassoziierte Krankheiten wie Krebs oder Alzheimer sind die Konsequenz dieser molekularen Veränderungen.

### **Warum sehen Menschen trotz ähnlicher Umwelteinflüsse unterschiedlich schnell alt aus?**

Hier zeigen sich deutlich die genetischen Einflüsse. Die Geschwindigkeit, mit der wir altern, kann also sehr unterschiedlich sein, und das kann sich auch aufs Aussehen auswirken. Aber das äußere Erscheinende zeigt nicht automatisch direkt an, wie alt wir tatsächlich sind. Ein junges Aussehen kann zwar Indiz dafür sein, dass die biologische Uhr langsamer läuft als die chronologische Uhr, aber das würde ich nicht verallgemeinern.

### **Haben Menschen, die im vorgerückten Alter jünger aussehen, als es ihren tatsächlichen Jahren entspricht, auch eine höhere Lebenserwartung?**

Das ist schwer zu sagen, allein weil sich das jüngere Aussehen im Vergleich zum chronologischen Alter schwer messen lässt. Ich denke, wir sollten hier vor allem über »zelluläre Fitness« nachdenken. Laufen physiologische Prozesse rund, werden DNA-Schäden adäquat repariert und werden Proteine ordentlich gefaltet? Wenn das so ist, so ist eine verbesserte Überlebenschance zu erwarten, und mit etwas Glück wirkt sich das vielleicht auch auf das Aussehen aus.



**Fern vom Aussehen fühlen sich alte Menschen heute im Schnitt 15 Jahre jünger, als sie sind. War das immer schon so, oder zeigt sich daran, dass biologisches und gefühltes Alter immer weiter auseinanderklaffen? Mit anderen Worten, wenn sich heute viele 70-Jährige deutlich jünger fühlen, liegt das auch daran, dass sie biologisch tatsächlich jünger sind? Lassen sich solche Erkenntnisse weltweit auf alle Kulturen übertragen?**

Ja, da die Lebenserwartung so stark gestiegen ist, sind 70-Jährige heute tatsächlich im Schnitt biologisch jünger als vor Jahrzehnten – sie haben ja auch noch mehr Lebensjahre vor sich. Den Anstieg der Lebenserwartung sehen wir global. Deshalb denke ich, dass dies tatsächlich auch auf viele andere Kulturen zutrifft.

Wichtig ist, dass die Verlängerung des Lebens glücklicherweise nicht nur die Phase des Altseins verlängert, sondern auch die Zeitabschnitte, in denen wir gesund sind und uns jung fühlen. Das sehen wir sogar in einfachen Modellorganismen. Ein kleiner Fadenwurm zum Beispiel kann durch eine einzige Genveränderung seine Lebenserwartung verdoppeln. Bei diesen Tieren sieht man tatsächlich eine Dehnung der jungen, mittleren und alten Lebensphase. Sollte sich dies auf Menschen übertragen lassen, bedeutet das, dass Lebensverlängerung ohne eine Ausdehnung der *alten* Jahre erreicht werden kann.

### **Sie arbeiten am Max-Planck-Institut für Biologie des Alterns. Was erforscht das Institut?**

Wir erforschen biologische Grundlagen des Alterns. Wir haben Teams mit Genetikern, Physiologen, Biochemikern und vielen anderen Disziplinen, die sich meist mit Modellorganismen beschäftigen, um Mechanismen des Alterns zu verstehen. Dabei arbeiten wir mit Hefezellen, Fadenwürmern, Fliegen, Fischen und Mäusen, aber auch mit menschlichen kultivierten Zellen. Durch diese Diversität können wir fragen, ob Mechanismen die zum Altern beitragen oder eventuell die Lebensspanne verlängern, in verschiedenen Organismen aktiv sind, wie sie sich ähneln oder auch unterscheiden. Daraus können wir dann mutmaßen, ob diese Veränderungen auch bei Menschen relevant sein könnten. Wir untersuchen Mechanismen des Alterns als Gegenstand der Grundlagenforschung und haben gleichzeitig die Anwendung beim Menschen im Sinn.

*Die Fragen stellte Dorothee Buschhaus.*

**Dr. Martin Denzel**

### Externe Gutachter-Richtlinien Krankenversicherung

Im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung erstellen die Medizinischen Dienste jedes Jahr rund 3,3 Millionen sozialmedizinische Gutachten. Um dem hohen Anspruch an eine unabhängige und fachlich fundierte Begutachtung auch dann gerecht zu werden, wenn der MDK externe Gutachter beauftragt, hat der GKV-Spitzenverband am 14. August 2018 die *Externe Gutachter-Richtlinien Krankenversicherung* erlassen. Diese regeln die Voraussetzungen, unter denen die Medizinischen Dienste bei einem punktuell erhöhten Begutachtungsbedarf sowie bei speziellen gutachterlichen Fragestellungen auch geeignete externe Gutachterinnen und Gutachter mit der Begutachtung beauftragen zu können. So legen sie unter anderem fest, dass für externe Gutachter die gleichen Begutachtungsgrundlagen gelten wie für die die internen MDK-Gutachter. Auch müssen externe Gutachter die gleichen Qualifikationsanforderungen erfüllen, die für interne MDK-Gutachter verbindlich sind. Diese beziehen sich beispielsweise auf die berufliche Qualifikation (z. B. Nachweise über Berufs-/Examensabschluss und Berufserfahrung). Externe Gutachter werden ebenso in die Qualitätssicherung des jeweiligen MDK integriert. Infos und weitere Details unter [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)

### Zentrales Implantate-Register

Mit dem Ziel, die Sicherheit und Qualität von Implantaten zu verbessern, hält die Bundesregierung an der Einrichtung eines zentralen Implantate-Registers fest. Dabei sollen Implantationen und Revisionsoperationen erfasst und zum Beispiel ermittelt werden, wie lange ein Implantat ohne Verschleißerscheinungen verwendet werden kann. Der Referentenentwurf für ein entsprechendes Gesetz soll noch in diesem Jahr vorgelegt werden. Beabsichtigt ist, dass die Daten, die von Krankenhäusern, Krankenversicherungen und Herstellern kommen, beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) als Registerstelle zentral gesammelt werden – auch um Doppelerhebungen in der Klinik zu vermeiden.

### IGeL-Monitor: Test zur Früherkennung von Darmkrebs

Zur Früherkennung von Darmkrebs wird in Arztpraxen unter anderem der M2-PK-Stuhltest als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) angeboten. Diesen hat der IGeL-Monitor jetzt mit *unklar* bewertet. Darmkrebs zählt zu den häufigsten Krebserkrankungen in Deutschland. Zusätzlich zum Früherkennungsprogramm der Krankenkassen bieten Ärzte weitere Früherkennungsmaßnahmen an. Eine davon ist der M2-PK-Test, der von den Patienten selbst bezahlt werden muss. Die Wissenschaftler des IGeL-Monitors wollten wissen, ob der Test Todesfälle durch Darmkrebs verhindern kann, wenn er statt des Blutstuhltests oder zusätzlich zum Blutstuhltest verwendet wird. Da keine aussagekräftigen Studien zu Nutzen und Schaden des M2-PK-Tests gefunden werden konnten, bewerteten sie den Test mit *unklar*. Die ärztliche Leitlinie zum Darmkrebs von 2017 sieht den M2-PK-Test kritischer, denn sie rät von dem Test ab. Infos auch unter [www.igel-monitor.de](http://www.igel-monitor.de)

### Seminarprogramm des MDS 2019

Über die Fort- und Weiterbildungsangebote des kommenden Jahres im Medizinischen Dienst informiert das neue »Seminarprogramm des MDS 2019«, das ab Oktober wieder unter [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de) online zur Verfügung steht. Das Programm umfasst eine Vielzahl an unterschiedlichen Fortbildungsangeboten für die ärztlichen und pflegfachlichen Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste. Interessierte können im nächsten Jahr sowohl an den bewährten Klassikern als auch an gänzlich neuen Angeboten teilnehmen. Die Fortbildungsveranstaltungen bieten neben dem Erwerb von sozialmedizinischen, pflegfachlichen und Handlungskompetenzen ebenso Raum für den gegenseitigen Austausch und die Vernetzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der beteiligten Institutionen.

### Pflegequalität: Die Prüfung der Prüfer

Bei den Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen wenden die Medizinischen Dienste die Prüfgrundlagen bundesweit einheitlich an. Das zeigen die Ergebnisse des aktuellen Berichts über die Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen im Jahr 2017, den der MDS veröffentlicht hat. Im Rahmen der Qualitätssicherung begleiten und beobachten erfahrene Prüferinnen und Prüfer als Auditoren Prüfende eines anderen MDK bei einer Qualitätsprüfung.

Bei 97,4% dieser Audits stimmten die Ergebnisse von Prüfer und Auditor überein. Gleichzeitig bewerten die Auditoren die Versorgungsqualität in der Pflegeeinrichtung. Auch die Pflegeeinrichtungen bestätigen, dass die Prüferinnen und Prüfer sehr gute Arbeit leisten: Diese gingen sensibel und respektvoll mit den pflegebedürftigen Menschen und den Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen um. Infos auch unter [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)

### Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation

Die neue Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation hat der GKV-Spitzenverband im Juli 2018 beschlossen. In der aktualisierten Begutachtungsanleitung (BCA) wurden alle wesentlichen Änderungen in Bezug auf die Neufassung des SGB IX, Teil 1 (Bundesteilhabegesetz) aufgenommen. Grundlegend überarbeitet wurden zudem die Ausführungen zur geriatrischen Rehabilitation. Die BCA wird regelmäßig an gesellschaftliche und rechtliche Entwicklungen sowie den aktuellen Stand (rehabilitations-)medizinischer Erkenntnisse angepasst.

Die neue Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation ist für die Medizinischen Dienste sowie für die Krankenkassen verbindlich. Sie wurde von der MDK-Gemeinschaft in Kooperation mit dem GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene erstellt und bildet die sozialmedizinische Grundlage für eine bundeseinheitliche, fachlich fundierte Begutachtung von Anträgen auf Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation durch die MDK.

### Darmkrebsfrüherkennung

Männer haben künftig schon ab 50 Jahren und nicht wie bisher ab 55 einen Anspruch auf eine Darmspiegelung. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss entschieden. Grund sei, dass sie anders als Frauen ein höheres Risiko haben, an Darmkrebs zu erkranken. Bei Frauen bleibt die Altersgrenze von 55 Jahren unverändert. Außerdem werden gesetzlich Versicherte künftig regelmäßig zur Darmkrebsfrüherkennung eingeladen. Beabsichtigt ist, dass die Krankenkassen ihre Versicherten im Alter von 50, 55, 60 und 65 Jahren anschreiben und zur Untersuchung einladen.

Daneben soll es eine einheitliche Patienteninformation mit Hinweisen zu Ablauf, Nutzen und Risiken der Untersuchung geben. Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung werden die ersten Einladungen voraussichtlich ab dem 1. Juli 2019 verschickt. Ab wann die neue Altersgrenze für Männer gilt, ist noch offen. Das Bundesministerium für Gesundheit muss den Beschluss noch prüfen. Ärzte und Krankenkassen müssen sich zudem noch über die Vergütung einigen.

### Gesundheits-App

Eine neue App soll helfen, Gesundheitsdaten per Smartphone zu verwalten. Das kostenlose Angebot *Vivy* wird von 14 gesetzlichen Krankenkassen (darunter DAK-Gesundheit, IKK classic, IKK Nord, IKK Südwest sowie mehrere Betriebskrankenkassen) und zwei privaten Krankenversicherungen unterstützt und richtet sich an rund 13,5 Mio. Versicherte. Mit der App sollen Therapien zielgenauer festgelegt, Mehrfachbehandlungen reduziert und Medikamentenunverträglichkeiten schneller erkannt werden. Sie erinnert an Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen und Arzttermine. Außerdem können Versicherte Befunde, Laborwerte und Röntgenbilder hochladen. Über die Verwendung der Daten sollen allein die Nutzer entscheiden. Die beteiligten Krankenkassen oder andere Dritte sollen nicht darauf zugreifen können. Auf Wunsch können Versicherte Informationen aus der App mit ausgewählten Nutzern, etwa behandelnden Ärzten, teilen. Die App wurde unter anderem vom TÜV Rheinland als sichere Plattform zertifiziert und vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte als Medizinprodukt zugelassen.

### Richtlinien zur Pflegeberatung

Der GKV-Spitzenverband hat Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach §7a SGB XI (Pflegeberatungs-Richtlinien) beschlossen. Die Richtlinien sollen sicherstellen, dass die Pflegeberatung der Pflegekassen nach einheitlichen Maßstäben und Grundsätzen erfolgt. Sie wurden unter Beteiligung des MDSt erarbeitet und Ende Mai vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt. Die Richtlinien sind für alle Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die Pflegeberatungen im Sinne des §7a SGB XI durchführen oder mit der Durchführung beauftragt sind, sowie für die Träger der Pflegeberatung verbindlich.

Seit 2009 haben Versicherte einen gesetzlichen Anspruch auf eine umfassende individuelle Pflegeberatung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Pflegeleistungen beziehungsweise entsprechenden Hilfsangeboten. Dieser wurde durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) auf Angehörige erweitert. Die Pflegeberatung soll auch über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen informieren. Vor der ersten Beratung sollen die Pflegekassen einen zuständigen Pflegeberater oder eine Beratungsstelle benennen. Die Pflegeberatungen sollen fachlich gut ausgebildete Pflegeberaterinnen und Pflegeberater übernehmen, so dass eine kompetente Beratung gewährleistet ist. Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) hat auch seine Empfehlungen zur Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberatern zur Sicherstellung einer hochwertigen Pflegeberatung mit Stand 22. Mai 2018 aktualisiert. Richtlinien und Empfehlungen unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

### Mehr Menschen mit Schwerbehinderung

Zum Jahresende 2017 lebten rund 7,8 Millionen Menschen mit Schwerbehinderung in Deutschland. Laut aktuellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes (Destatis) entspricht das einem Anteil von 9,4% an der gesamten Bevölkerung hierzulande. Im Vergleich zum Jahresende 2015 sei die Zahl der Menschen mit Schwerbehinderung um rund 2% gestiegen. Als schwerbehindert gelten Personen, denen die Versorgungsämter einen Grad der Behinderung von mindestens 50 zuerkannt sowie einen gültigen Ausweis ausgehändigt haben.

Ungefähr ein Drittel (34%) der Menschen mit Schwerbehinderung war 75 Jahre und älter. 44% gehörten der Altersgruppe von 55 bis 74 Jahren an. 2% waren Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Die meisten Behinderungen (88%) wurden durch eine Krankheit verursacht. 3% der Behinderungen waren angeboren oder traten im ersten Lebensjahr auf. Nur 1% der Behinderungen waren auf einen Unfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen (übrige Ursachen 7%).

### Mindestmengen

Auf Antrag des GKV-Spitzenverbandes hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Beratungsverfahren für weitere Mindestmengen beschlossen. Dabei geht es um die Frage, ob und inwieweit Erfahrung und Routine bei der Operation des Lungenkarzinoms und des Mammakarzinoms für den Behandlungserfolg ausschlaggebend sind und wie viele solcher Operationen durchgeführt werden müssen, um entsprechende Erfahrung voraussetzen zu können. Der G-BA ist gesetzlich beauftragt, für Krankenhäuser einen Katalog planbarer Leistungen zu definieren, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Bislang wurden für sieben Leistungen Mindestmengen festgelegt. Dazu zählen Lebertransplantation, Nierentransplantation, komplexe Eingriffe am Organsystem Speiseröhre, komplexe Eingriffe am Organsystem Bauchspeicheldrüse, Stammzelltransplantation, Kniegelenk-Total-Endoprothesen (Knie-TEP) und Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1250 Gramm.

**Wie gesund sind  
unsere Kinder?**



## Unsere Kinder: gesund und gut drauf?

Die Diagnose klingt alarmierend: Ein Viertel aller Kinder leidet unter einer allergischen Erkrankung, jedes fünfte Kind ist zu dick, jeder zweite Schüler fühlt sich gestresst. Die Langzeitstudie *KiGGS Welle 2* warnt, dass die Chancen für ein Aufwachsen in guter Gesundheit noch immer ungleich verteilt sind. Armut macht krank. Was läuft schief? Eine Bestandsaufnahme.

DÄNEMARK ZEIGT, was möglich ist. Ab Mai werden alle Kinder aus Problemvierteln eine Kita besuchen müssen, sobald sie ein Jahr alt sind. Der Besuch ist kostenlos, aber sollten sich die Eltern verweigern, droht eine Kürzung des Kindergelds. Hintergrund der neuen Kita-Pflicht bei den nördlichen Nachbarn ist die Erfahrung, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien mit Handicaps ins Leben starten. Sie sprechen häufig schlechter Dänisch, wissen weniger über Tradition und Werte ihres Landes und sind körperlich oft nicht so fit wie Mittelschichtkinder. Die Kita soll das in Ordnung bringen. Auch Frankreich plant für Dreijährige eine Vorschulpflicht. Und Deutschland? Nicht umsetzbar, meinen Bildungsforscher wie Heinz Reimers von der Uni Würzburg.

Gründe gäbe es schon. Kürzlich empfahl Lothar Wieler, Präsident des Robert Koch-Instituts (RKI), Kinder möglichst

früh in die Kita zu schicken. Dabei ging es ihm weniger um gute Sprachkenntnisse als um die richtige Ernährung und ausreichende Bewegung. Anlass war die Vorstellung der dritten Erhebung zur Kinder- und Jugendgesundheit, die vor gut zwölf Jahren unter dem Kürzel KiGGS an den Start ging. Die gute Nachricht von KiGGS Welle 2, bei der zwischen 2014 und 2016 mehr als 10 000 Kinder und Jugendliche befragt wurden: Zuckerhaltige Getränke werden seltener konsumiert und immer weniger Jugendliche unter 17 Jahren greifen zur Zigarette.

### Übergewichtig, unbeweglich, ungesund

Die schlechte Nachricht: Der rasante Anstieg von Allergierkrankungen wie Heuschnupfen oder Asthma und die dramatische Zunahme übergewichtiger Kinder konnten zwar in den vergangenen Jahren ausgebremst werden. Aber 15 von 100 Kindern bringen nach wie vor zu viele Pfunde auf die Waage; sechs von hundert Kindern leiden unter Fettsucht. Etwa eine halbe Million der 3- bis 17-Jährigen plagt sich mit Asthma, eine Million Kinder und Jugendliche leiden unter Heuschnupfen. Das, was gesund hält, gerät aus der Mode: Bewegung. Lediglich jedes fünfte Mädchen und jeder dritte Junge ist mindestens eine Stunde am Tag körperlich aktiv, so wie es die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt.

KiGGS Welle 2 bestätigt außerdem erneut, dass eine ungesunde Ernährung, Übergewicht und zu wenig Bewegung vor allem ein Problem in armen Familien ist. Dort, wo das Geld fehlt, fehlt es zumeist auch an einer gesunden Kindheit. »Alle positiven Entwicklungen spielen sich in der Mittel- und Oberschicht ab«, lautet das Fazit der Studie.

Woran liegt es? Das RKI sieht vorrangig die Eltern in der Verantwortung. Sie bestimmen, was eingekauft wird, was auf den Tisch kommt und ob es überhaupt gemeinsame Mahl-

**Wo das Geld fehlt,  
mangelt es auch an  
gesunden Kindern**



zeiten gibt. Die Eltern sind es, die ihren Nachwuchs frühzeitig zum Sport ermuntern oder nicht. Eine wichtige Rolle spielt zudem der Wohnort. Fast-Food-Läden im Viertel verführen zur ungesunden Ernährung. Fehlen Grünanlagen in der Nähe, in denen Kinder ungefährdet spielen können, oder Sportangebote und Vereine, so ist der Anreiz gering, sich zu bewegen. Als Gegenmaßnahme plädieren die KiGGS-Autoren für die Verhältnisprävention, die darauf abzielt, krankmachende Lebensumstände zu verändern. Dazu gehört der frühzeitige Besuch der Kita, in der auch Kinder aus Problemfamilien lernen, wie man sich am besten ernährt, wie wichtig das Spiel mit Gleichaltrigen ist und wie viel mehr Spaß es macht, sich auszutoben, statt stundenlang nur vor dem Bildschirm zu sitzen.

### Soziale Herkunft und Bildungsstatus beeinflussen Gesundheit

KiGGS ist nicht die einzige Studie, die belegt, wie stark die soziale Herkunft und der Bildungsstatus der Eltern die Gesundheit der Kinder beeinflussen. Auch Schuleingangsuntersuchungen geben Anlass zur Sorge. Egal ob in Dinslaken oder Hannover: Je niedriger der Sozialstatus des Haushalts, desto mehr Kinder sind zu dick. Mancherorts ist bereits jedes dritte Kind aus Risikofamilien betroffen. Der Brandenburger Gesundheitsbericht, der ebenfalls auf Schuleingangstests basiert, kam in diesem Jahr zu dem Ergebnis, dass Kinder aus armen Familien zweieinhalb Mal so oft chronisch krank sind wie ihre Altersgenossen aus besser verdienenden Familien. Der therapeutische Sprachförderbedarf steigt; psychische Auffälligkeiten nehmen zu. In Problemvierteln wie Hannover-Mühlenberg bekommt nur jeder fünfte Schüler bei der Einschulung den Vermerk »normal entwickelt«.

Auch an der Leipziger Uni-Klinik wird seit 2011 intensiv über Kinder- und Jugendgesundheit geforscht. Erste Erkenntnisse der Life-Child-Studie belegen ebenfalls, dass ein hoher Body-Mass-Index (BMI) und mangelnde Bewegung im Kindesalter gravierende gesundheitliche Folgen wie Diabetes haben. Bereits Hauptschüler leiden häufiger als Gymnasiasten unter zu hohem Blutdruck. Jugendliche aus finanziell prekären Verhältnissen haben oft höhere Blutfett-Werte.

### Leistungsdruck macht Stress

Aber nicht nur Armut macht krank und belastet die Seele. Auch der Leistungsdruck der Eltern oder in der Schule beeinträchtigt offensichtlich die Gesundheit. Der aktuelle »Präventionsradar« der Krankenkasse DAK-Gesundheit kam zu dem Ergebnis, dass bereits jeder zweite Schüler der Jahrgangsstufen 5 bis 10 unter Stress leidet. Die meisten reagierten darauf mit Kopfschmerzen, Rückenschmerzen oder Schlafproblemen.

Zunehmend in den Blickpunkt der Forschung rückt zudem der übermäßige Medienkonsum. Je mehr Zeit Kinder online verbringen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Erkrankung, warnte kürzlich der Direktor der Leipziger Uni-Kinderklinik, Wieland Kiess, bei einer Tagung in Berlin. Auch schade die Bildschirm-Beschäftigung

den Augen. Immer mehr Jungen und Mädchen müssten bereits in jungen Jahren Brillen tragen. Eine weitere Folge der Stubenhockerei: ein Mangel an Vitamin D und die Rückkehr von Knochenerkrankungen im Kindesalter.

Sind Kinder also heute häufiger krank als noch vor Jahren? Steigen die Gesundheitsrisiken trotz der Fortschritte der Medizin? Es gibt nachgewiesenermaßen mehr dicke Kinder als früher. Klar ist auch, dass Allergien sich zur Volkskrankheit entwickelt haben. Aber ob es sich um einen neuen Trend handelt, ist ungewiss. Denn Erkrankungen wie Neurodermitis waren früher weitgehend unbekannt und wurden somit nicht erfasst.

### Widersprüchliche Ergebnisse

Ähnlich problematisch ist die Annahme, dass psychische Erkrankungen dramatisch zunehmen. Fest steht: Die Zahl der Diagnosen steigt, weil Ärzte die Symptome ernst nehmen und Patienten sich nicht mehr verstecken. Die Gründe für psychische Verhaltensauffälligkeiten sind vielfältig, wenn nicht sogar widersprüchlich. Eine Bielefelder Studie kommt zu dem Ergebnis, dass vor allem Kinder, die von ihren Eltern kaum beachtet werden, betroffen sind. Eine aktuelle amerikanische Untersuchung demonstriert dagegen, dass die Überversorgung sogenannter Helikoptereltern die kindliche Entwicklung hemmen kann.

Was tun? Die DAK empfahl kürzlich erneut die Einführung eines Schulfachs Gesundheit, damit Schüler nicht nur wissen, wie man komplizierte Matheaufgaben löst, sondern auch, wie schädlich Zucker und langes Sitzen sind. Der »Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz« von Gesundheitsexperten und dem AOK-Bundesverband fordert ebenfalls gesundheitliche Aufklärung in Kita und Schule. Auch die Kindergartenpflicht als Mittel gegen ungleiche Startchancen findet prominente Befürworterinnen wie Familienministerin Franziska Giffey, die zuvor im Berliner Problemkiez Neukölln Bezirksbürgermeisterin war. Unbestritten: Über die Diagnose besteht Einigkeit – die Therapie ist umstritten.

**Steht demnächst Gesundheit auf dem Stundenplan?**



Gabi Stief hat viele Jahre als Hauptstadtkorrespondentin für die *Hannoversche Allgemeine Zeitung* geschrieben und arbeitet als freie Journalistin in Hannover. [gabi-stief@gmx.de](mailto:gabi-stief@gmx.de)

## Asthma statt Windpocken

Wenn von Kinderkrankheiten die Rede ist, denken viele zuerst an Masern, Mumps oder Windpocken. Doch seit geraumer Zeit wird von einer »neuen Morbidität im Kindes- und Jugendalter« gesprochen. Der sperrige Begriff steht für eine Reihe von Störungsbildern, die zunehmend in der Fokus der Aufmerksamkeit rücken und aus Sicht mancher Experten und Eltern die *alten* Kinderkrankheiten Stück für Stück ablösen.

BEI DER LEKTÜRE von Zeitungen, Elternratgebern und Internetforen könnte man meinen, dass die althergebrachten Kinderkrankheiten – von regionalen Masernausbrüchen einmal abgesehen – kaum noch eine Rolle spielen. Viel häufiger hört und liest man von ganz anderen Problemen: Neben Entwicklungsstörungen (z. B. Artikulationsstörungen, Lese-Rechtsschreib-Schwäche, Autismus oder Einschränkungen bei der Grob- oder Feinmotorik) rücken vor allem Verhaltensauffälligkeiten, Übergewicht und Essstörungen, Allergien und Asthma in den Fokus. Im Zuge der »neuen Morbidität«, so heißt es, habe sich der Schwerpunkt von den bis in die 1960er Jahre vorherrschenden Krankheitsspektren im Kindes- und Jugendalter wegbewegt.

### Weniger Kinderkrankheiten, mehr psychische Auffälligkeiten?

Während durch Impfungen und den medizinischen Fortschritt Infektionskrankheiten, Krebs oder Herzerkrankungen viel von ihrem Schrecken verloren haben, verlagerten sich die Gesundheitsprobleme des Nachwuchses von körperlichen zu psychischen und von akuten zu chronischen Erkrankungen. Der Kinder- und Jugendmediziner Hans G. Schlack interpretierte bereits 2004 die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) so, dass etwa ein Drittel der Kinder in Deutschland von dieser »neuen Morbidität« betroffen sei. Das Robert-Koch-Institut schränkte allerdings im gleichen Jahr in seinem Schwerpunktbericht zur »Gesundheit von Kindern und Jugendlichen« ein: »Ob Kinder und Jugendliche heute gesünder oder kränker sind als vor zehn oder zwanzig Jahren, ist global nicht zu beantworten.«

### Grund zur Sorge ...

Eine Reihe von Befunden deutet auf eine solche Verschiebung hin: So zeigten die Ergebnisse der KiGGS-Studie Welle 1

(2009 bis 2012) im Vergleich zur Basiserhebung (2003 bis 2006) einen deutlichen Rückgang bei Kinderkrankheiten wie Windpocken und Keuchhusten, aber einen Anstieg bei Asthma, Heuschnupfen und Allergien. Bei etwa jedem fünften Kind zwischen 3 und 17 Jahren fanden sich Hinweise auf psychische Störungen, knapp 22% der 11- bis 17-Jährigen wiesen Symptome einer Essstörung auf. In einer jüngst veröffentlichten Studie wurde bei jedem zwölften der befragten Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren eine depressive Symptomatik konstatiert.

Dem jährlichen Heilmittelbericht, den das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIDO) erstellt, ist zu entnehmen, dass 2016 gut 391 400 der rund 3,3 Millionen bei der AOK versicherten Kinder bis 14 Jahre mindestens eine Heilmittelleistung in Anspruch nahmen. In den ersten beiden Lebensjahren dominierten physiotherapeutische Maßnahmen, in der Zeit kurz vor der Einschulung sprachtherapeutische, die kurz nach der Einschulung noch um Ergotherapie ergänzt werden. Bei mehr als der Hälfte der Kinder wurden Entwicklungsstörungen als Grund für die Verordnung angegeben. Diese hohe Zahl an Verordnungen könne durchaus »als Hinweis verstanden werden, dass viele Kinder heute unter schwierigen sozialen und gesundheitlichen Bedingungen aufwachsen und offensichtlich Expertenhilfe benötigen, um die anstehenden schulischen Herausforderungen meistern zu können«, kommentierte Helmut Schröder, der stellvertretende Geschäftsführer des WIDO, diese Werte seinerzeit.

### ... oder alles halb so schlimm?

Sind die Kinder heute also »anders krank«? Auch das kann man so pauschal nicht sagen. In der aktuellen bundesweiten repräsentativen AOK-Familienstudie bewertete gut die Hälfte der befragten Eltern den Gesundheitszustand



ihres Kindes als *sehr gut* und ein weiteres Drittel als *gut*. Andere Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Und auch die Mehrheit der Kinder ist offenbar alles andere als unglücklich: Bei der jüngsten Kinder- und Jugendgesundheitsstudie »Health Behaviour in School-aged Children« (HBSC) (Erhebungszeitraum 2013/2014) waren 87% der Jungen und Mädchen zwischen 11 und 15 Jahren mit ihrer Lebenssituation überwiegend zufrieden.

Der Bildungsforscher und Gesundheitswissenschaftler Professor Klaus Hurrelmann zog 2014 im Gespräch mit der Zeitschrift »kinderleicht!« ein kritisches Fazit: »Kinder leben heute in einer anderen Welt als vor einer Generation. Im Unterschied zu früher ist *Kindsein* heute anstrengender, anspruchsvoller, die Anforderungen sind höher.« Tatsächlich sehen sich Eltern heute nicht selten mit dem Vorwurf konfrontiert, ihre Kinder einerseits zu sehr zu behüten, sie aber gleichzeitig mit hohen Erwartungen und einem überbordenden Frühförderprogramm zu überfordern und unter Druck zu setzen. Die Befunde des LBS-Kinderbarometers 2016 sprechen jedoch gegen diese Sicht der Dinge: Die meisten Kinder gaben an, ihre Eltern achteten auf ihren Gemütszustand und nahmen wahr, wenn sie eine Pause benötigten. Jedes zehnte Kind sagte sogar, dass es von der Sensibilität der Eltern oft genervt sei. Und bei der Shell-Studie 2015 gaben fast drei Viertel der befragten Jugendlichen zu Protokoll, sie würden ihre eigenen Kinder ungefähr so oder genauso erziehen, wie sie selbst erzogen wurden – deutlich mehr als noch im Jahr 2002.

### Überbehütet und überfordert?

Warum aber gewinnen seelische Probleme scheinbar die Überhand? Eine wichtige Rolle bei der steigenden Zahl der

Diagnosen spielt vermutlich die wachsende gesellschaftliche Bereitschaft, psychische Störungen anzuerkennen, zu diagnostizieren und zu behandeln. Hinzu kommt, so formulierte es 2014 ein Autor in der Wochenzeitung *Die Zeit* eine wachsende Aufmerksamkeit aufseiten der Eltern, der Medien und der Fachwelt: »Nicht die Probleme der Kinder wachsen ständig, sondern es wächst die Sensibilität dafür.« Auf die Kehrseite dieser wachsenden Hinwendung zum Kind, nämlich »eine erhöhte (Dauer-)Besorgnisbereitschaft hinsichtlich immer vorhandener und neu entstehender Probleme«, verweist der Soziologe Martin Dornes und warnt vor einer »Spürhundmentalität, die jede individuelle, familiäre oder soziale Veränderung vorwiegend auf ihre potenziellen Gefährdungen hin absucht«.

**Kinder armer Eltern sind häufiger krank**

Einigkeit herrscht aber in einem Punkt: Ein entscheidender Einflussfaktor für die Gesundheit und die Entwicklung von Kindern ist der soziale Status der Familie, in der sie aufwachsen. In der KIGGS-Studie steigt der Anteil der Eltern, die den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder als sehr gut oder gut einstufen, analog zum sozialen Status der Familie. Und auch die Kinder aus wohlhabenden Familien schätzen ihre Gesundheit häufiger als *ausgezeichnet* ein als ihre sozial schwächeren Altersgenossen.

### Sozialer Status entscheidet mit

Wie stark der Einfluss des Elternhauses auf die Gesundheit der Kinder ist, zeigt der aktuelle Kinder- und Jugendreport der Krankenkasse DAK-Gesundheit detailliert auf: Kinder armer Eltern haben deutlich häufiger Karies, Übergewicht und Entwicklungsstörungen als Kinder aus Akademikerhaushalten. Sie müssen häufiger im Krankenhaus behandelt werden und bekommen mehr Medikamente verordnet. Der jüngst erschienene Datenreport des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen kommt zu dem Schluss, dass Familien, die in Armut leben und Sozialleistungen beziehen, stärker unter psychosozialen Belastungen leiden als andere.

Vor diesem Hintergrund ist besorgniserregend, dass das Armutsrisiko für Kinder in Deutschland steigt. Dem im Herbst 2017 veröffentlichten *Familienreport* des Bundesfamilienministeriums zufolge sind auf Basis des Mikrozensus von 2015 insgesamt 19,7% der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen, insgesamt rund 2,8 Millionen unter 18-Jährige, als armutsgefährdet einzustufen. Gegenüber 2010 hat sich die Armutsrisikoquote um 1,5 Prozentpunkte erhöht. Für die Gesundheit der betroffenen Kinder und Jugendlichen sind das keine guten Nachrichten.



Dr. Silke Heller-Jung hat in Köln ein Redaktionsbüro für Gesundheitsthemen. [redaktion@heller-jung.de](mailto:redaktion@heller-jung.de)

## Pflegen statt spielen

Was tun, wenn Mama krank ist? Kinder und Jugendliche sind vor allem von chronischen Erkrankungen ihrer engsten Familienangehörigen häufig stark mitbetroffen. Nach einer Befragung des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) versorgen und pflegen rund 230 000 Kinder und Jugendliche in Deutschland intensiv und regelmäßig Angehörige.

WENN SICH JULIKA STICH mit Freunden von früher trifft, sagen diese oft: »Hätten wir das doch gewusst.« Doch woher hätten diese wissen sollen, was mit ihr los ist, wenn sie es selbst nie verstanden hat? Für die heute 36-Jährige war lange Zeit alles normal in ihrem Leben. Was sollte sie auch anderes denken?

Julika Stich war zwei Jahre alt, als ihre Mutter die Diagnose erhielt, an Multipler Sklerose erkrankt zu sein. Das Mädchen wurde mit Handlangertätigkeiten groß, mit dem Krankheitsverlauf und ihr selbst wuchs auch die Verantwortung. Die gelernte Erzieherin erinnert sich noch gut daran, wie sie als Siebenjährige ihrer Mutter von einem Rollstuhl in den anderen helfen musste, mit zehn Jahren übernahm sie die komplette Körperpflege. Sie weiß noch jedes Detail. Mit einem Hebegerät musste sie ihre Mutter vom Bett auf den Fußboden bugsieren, um sie zu waschen – immer mit der Angst im Nacken, dass sie einen Fehler machen und ihrer Mutter etwas passieren könnte. Scham und Verantwortung lasteten wie ein Schatten auf ihr, sie konnte ja auch mit niemandem darüber reden.

### Zu früh zu viel Verantwortung

Die 36-Jährige sagt heute, dass sie klar überfordert war. Doch gemerkt hat sie damals davon nichts. Für die Professorin Dr. Sabine Metzger ist diese Aussage nicht ungewöhnlich. Die Pflegewissenschaftlerin an der Uni Witten/Herdecke hat

im Rahmen ihrer Forschungstätigkeit viele Interviews mit Menschen geführt, die in ihrer Kindheit und Jugend Angehörige gepflegt haben. »Kinder nehmen sich in der Situation selten als belastet wahr«, schildert Metzger. Im Rückblick werde die Last jedoch umso deutlicher. So ist es bei Julika Stich. Sie erinnert sich an ein permanentes Angstgefühl und Zwänge. »Ich dachte: Wenn ich auf diese Linie trete, passiert meiner Mut-

ter etwas ganz Fürchterliches.« Sie hatte nicht nur mit sich selbst, sondern auch im Umgang mit anderen Probleme.

Sicherlich: Eins zu eins zuordnen lassen sich diese Zusammenhänge nicht. »Es ist immer ein Gesamtpuzzle«, sagt Professor Dr. Georg Romer. Der Ärztliche Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychiatrie am Universitätsklinikum Münster behandelt und begleitet seit vielen Jahren Kinder und Jugendliche, bei denen ein Angehöriger schwer erkrankt ist. Er sagt auch: Die Pflege eines Angehörigen müsse keineswegs in einer Dauerüberforderung des Kindes münden. Ganz im Gegenteil: Kinder könnten auch emotional reifen, wenn sie Verantwortung übernehmen. »Es gibt sowohl eine stark machende als auch eine die

**Wer Verantwortung übernimmt, kann emotional reifen**



Entwicklung schädigende Variante«, meint der Kinder- und Jugendpsychiater. Entscheidendes Kriterium sei, dass keine Dauerüberforderung entstehe.

### Aktivitäten fern der Familie

Professor Romer hat drei Kriterien ausgemacht, die diese Entwicklung entscheidend beeinflussen. Zum einen sei es wichtig, dass die Verantwortung, die ein Kind trage, altersangemessen sei. Soll heißen: Wenn ein fünf Jahre altes Kind seinem kranken Vater einen Tee ans Bett bringt und dafür ein dickes Lob erhält, kann dies sogar dazu beitragen, das Kind aus seiner passiven Situation herauszuholen. Ein weiteres Kriterium: Kinder müssen die Erfahrung machen, dass die Hauptverantwortung für die Versorgung des Angehörigen im Erwachsenensystem verankert ist. Darüber hinaus spiele es eine große Rolle, ob es »altersgerechte Inseln außerfamiliärer Aktivitäten« gebe, die von der Situation unberührt sind. Hier setzen mittlerweile einige Hilfsangebote an.

Sabine Metzting kennt einige Betroffene, die es heute als positiv empfinden, dass sie schon früh Verantwortung übernehmen dürfen. »Viele fühlen sich dadurch sehr gut auf das Leben vorbereitet. Sie sind zum Teil stolz darauf, was sie geleistet haben.« Aktuell hat die Arbeitsgruppe um die Pflegewissenschaftlerin eine Studie unter Schülerinnen und Schülern in Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Hierzu befragte sie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit 6313 Schülerinnen und Schüler ab dem fünften Schuljahr. 77% von ihnen gaben an, nicht mit Krankheiten in der Familie konfrontiert zu sein. 19,6% bejahten die Frage. Ein Drittel von ihnen hilft nicht nur aktiv im Haushalt, sondern führt auch körperbezogene Tätigkeiten aus – was bedeutet, dass der Anteil pflegender Kinder und Jugendlicher unter den Befragten bei 6,1% liegt. Rechnet man diesen Wert auf die Bundesrepublik Deutschland hoch, ergibt sich eine Zahl von 478 000 Betroffenen. Gleichwohl lässt sich aus der Studie nicht interpretieren, dass alle Betroffenen hoch belastet sind. Bei der Beantwortung der Frage nach der Selbsteinschätzung der gesundheitlichen Lebensqualität zeigen sich jedoch erhebliche Unterschiede: Diejenigen, die zu Hause in die Pflege eines Angehörigen eingebunden sind, bewerten ihre Situation deutlich schlechter als die anderen.

### Rechtzeitig Unterstützungsangebote machen

Sowohl Metzting als auch Romer fordern, das Thema stärker in die öffentliche Wahrnehmung zu rücken. Pflegewissenschaftlerin Metzting schlägt vor, dass bereits bei der Diagnosestellung im Krankenhaus und während der Entlassung auf die familiäre Situation geschaut werde und die Patienten entsprechend beraten werden. »Die Frage muss lauten: Wer aus der Familie kann ihnen helfen? Werden hier Kinder genannt, sollte sofort auf Unterstützungsmöglichkeiten hin-

gewiesen werden.« Doch die Etablierung niedrigschwelliger Angebote allein reicht nicht aus: »Wenn Kinder in den Familien die alleinige Last tragen, dann ist in der Nutzung der sozialen Hilfsangebote etwas falsch gelaufen«, sagt Romer. Häufig herrsche bei den Betroffenen eine Angst vor Autoritäten. Viele scheuen sich, Hilfen beim Jugendamt zu beantragen, weil sie womöglich befürchten, dass die Familie getrennt werden könnte. Entsprechend wichtig sei es, das Thema zu enttabuisieren, aktiv auf die Familien zuzugehen sowie Institutionen wie Schule und Jugendhilfe für das Thema zu sensibilisieren.

Julika Stich ist selbst aktiv geworden. Sie hat mit *Young helping hands* eine Initiative gegründet, die das Thema in die Öffentlichkeit trägt. Sie ist in den sozialen Netzwerken aktiv. Für ein Online-Radio für pflegende Angehörige hat sie eine eigene Sendung produziert. Die neue Öffentlichkeit hätte sie sich früher auch gewünscht: »Das Thema muss in die Köpfe rein.«

### Das Thema enttabuisieren

### Hilfen und Beratung

#### *echt unersetzlich ...!?*

Mit diesem Online-Beratungs- und -Informationsprojekt bietet die Berliner Beratungsstelle Pflege in Not im Diakonischen Werk Berlin-Stadtmitte e. V. eine Anlaufstelle für junge pflegende Angehörige zwischen 13 und 25 Jahren. [www.echt-unersetzlich.de](http://www.echt-unersetzlich.de)

#### *Pausentaste – Wer anderen hilft, braucht manchmal selber Hilfe*

Dieses Projekt des Bundesfamilienministeriums will junge Pflegende mit gezielter Beratung und Information bundesweit besser unterstützen. Die Website beant-

wortet grundlegende Fragen rund um die Pflege und präsentiert Erfahrungsberichte, Interviews und Videos. Darüber hinaus weist sie auf Beratungsangebote vor Ort hin. Die Betreuung der Telefon- und E-Mail-Beratung übernimmt der Verein *Nummer gegen Kummer*. [www.pausentaste.de](http://www.pausentaste.de)

Bundesarbeitsgemeinschaft *Kinder psychisch erkrankter Eltern* Unterstützungsangebote gibt es auch bei dieser Bundesarbeitsgemeinschaft unter [www.bag-kipe.de](http://www.bag-kipe.de)



**Peter Büttner** arbeitet als freier Journalist in Unna. [briefkasten@buettner-pr.de](mailto:briefkasten@buettner-pr.de)

## Sind unsere Kinder mittendrin oder außen vor?

Mittendrin in der Gemeinschaft – das ist das Ideal einer inklusiven Gesellschaft. Nach der UN-Behindertenrechtskonvention sollen Menschen mit und ohne Behinderungen gemeinsam aufwachsen, lernen, leben und arbeiten. Die Konvention ist in Deutschland seit zehn Jahren in Kraft. Welche Erfahrungen machen Eltern von behinderten Kindern in der Praxis? Darüber sprach MDK *forum* mit Eva-Maria Thoms, Vorsitzende von *mittendrin e. V.*

**forum** Warum haben Sie seinerzeit *mittendrin* gegründet?

**Eva-Maria Thoms** Wir haben uns 2006 organisiert, weil wir Eltern größte Schwierigkeiten hatten, unsere Kinder in allgemeinen Schulen unterzubringen. Gemeinsames Lernen von Kindern mit und ohne Behinderung gibt es schon seit rund 35 Jahren, auch in Nordrhein-Westfalen. Aber es gab nur wenige Plätze, an denen »integrativ« unterrichtet wurde. Die Schulaufsicht hatte seinerzeit das Recht, das Kind der Sonderschule zuzuweisen. Wir Eltern hatten keinerlei Entscheidungsbezug und kaum eine Chance, uns rechtlich zu wehren. Dieser Missstand hat außer uns Betroffenen auch niemanden interessiert. Auch nicht diejenigen, die heute mit Verweis auf das »Elternwahlrecht« den Erhalt jeder noch so kleinen Sonderschule fordern, obwohl wir die Sonderpädagogen dringend in der Regelschule brauchen.

**forum** Wie war der Weg Ihrer Tochter?

**Thoms** Meine Tochter hat damals keinen Platz in einer öffentlichen allgemeinen Schule bekommen. Sie wurde von der Schulaufsicht an eine Förderschule »Geistige Entwicklung« zugewiesen. Und das, obwohl das sonderpädagogische Gutachten das gemeinsame Lernen empfohlen hatte. Wir hatten das große Glück, dass sie von einer privaten Ersatzschule aufgenommen und integrativ unterrichtet wurde. Die Schulaufsicht hat das lediglich geduldet. Damit wir Rechtssicherheit bekamen, haben wir gegen die Zuweisung zur

Förderschule geklagt. Das Verwaltungsgericht Köln entschied, dass die Schulaufsicht mit ihren Zuweisungen nicht die knappen Plätze bewirtschaften darf, sondern dass sie im Sinne des Kindes entscheiden muss. Das war ein erster Weckruf. Für meine Tochter ist es auch in der Sekundarstufe auf einer inklusiven Ersatzschule weitergegangen, weil sie keinen Rechtsanspruch auf eine allgemeine Schule hatte und es in Köln nicht genug Plätze gab.

**forum** Was hat sich seitdem verändert?

**Thoms** Mit dem Rückenwind der UN-Behindertenrechtskonvention ist es uns Elternvereinen in Nordrhein-Westfalen im Vergleich zu anderen Bundesländern recht früh gelungen, einen Rechtsanspruch auf inklusive Bildung durchzusetzen. Das neue Schulgesetz trat zum Schuljahr 2014/15 in Kraft. Es garantiert Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf einen Platz in einer allgemeinen Schule und zwar unter ordentlichen Bedingungen. Der Rechtsanspruch hilft, aber die Rechtswirklichkeit ist noch lange nicht überall angekommen. Eltern müssen für gute Schulbedingungen immer noch kämpfen und ein sehr dickes Fell haben. Immer wieder wird ihnen vermittelt, ihr Kind sei an einer Sonderschule besser aufgehoben. Die Gesellschaft ist noch sehr widerwillig, wenn es darum geht, die Kinder in die Mitte der Gesellschaft zu lassen.

**forum** Bildungspolitik ist Ländersache. Was hören Sie aus anderen Bundesländern?

**Thoms** Sowohl die Rechtslage als auch die schulische Wirklichkeit unterscheidet sich

dramatisch zwischen den Bundesländern. Wenn Sie mit einem Kind mit Behinderung bzw. sonderpädagogischem Förderbedarf in ein anderes Bundesland umziehen, riskieren Sie den völligen Abbruch seines inklusiven Lebens. Aus Bayern und Hessen hören wir, dass Kindern zwar ein Platz in einer allgemeinen Schule zugewiesen wird, aber jegliche Unterstützung dafür wird verweigert. Die Eltern in Sachsen sind verzweifelt, weil ihre Kinder bis heute kaum eine Chance haben, der Sonderschule zu entkommen. Und die Eltern in Berlin sind entsetzt über Zustand und Personalschlüssel der Schulen an sich. Die Regelschulen sind vielerorts völlig vernachlässigt und schlecht ausgestattet.

**forum** Wie hat sich die gesellschaftliche Stimmung verändert?

**Thoms** Als die öffentliche Debatte um inklusive Bildung vor rund acht Jahren begann, gab es viel Zustimmung für Inklusion. Als die Gesetze geändert wurden, entwickelten sich aber Widerstände. Das hat mit den schlechten Zuständen in den Schulen und mit der Finanznot vieler Kommunen zu tun. Aber es gibt bis heute auch bei vielen die Überzeugung, dass Menschen mit Behinderung eben nicht dazugehören und dass sie in Sondereinrichtungen besser »aufgehoben« wären. Bezeichnend ist, dass die vielen Beispiele des gelungenen gemeinsamen Lernens oft nicht wahrgenommen werden und stattdessen die generell schlechte Schulausstattung auf die Inklusion geschoben wird. Das wurde auch im Landtagswahl-



kampf in NRW deutlich. Wir kennen Fälle, in denen es hakt – aber wir kennen auch viele, in denen gemeinsames Lernen mit großer Selbstverständlichkeit gelingt. Dort entwickeln sich die Kinder ganz wunderbar.

**forum** Bei *mittendrin* beraten Sie Eltern mit behinderten Kindern. Was berichten die Eltern?

**Thoms** Die Eltern machen ganz unterschiedliche Erfahrungen. Es gibt Eltern von Kindern mit schweren Behinderungen und hohem Pflegebedarf, die mit ihrer inklusiven Schule sehr glücklich sind. Es gibt andere Fälle, in denen die inklusive Beschulung eines Kindes mit einfacher Diabetes zunächst am Sozialamt und dann auch an der Bereitschaft der Schule zu scheitern droht. Viele Menschen nehmen das Recht der Kinder auf Inklusion noch nicht ernst genug. Es wird in die Sonderschule beraten, weil an der allgemeinen Schule noch nicht alles bereitsteht, was das Kind braucht. Die Rechtslage sieht aber anders aus: Die Ämter sind verpflichtet, die Bedingungen zu schaffen, und zwar für jedes einzelne Kind. In unserer Beratungsstelle helfen wir den Eltern dabei, das durchzusetzen.

**forum** Wie unterstützen Sie die Eltern?

**Thoms** Oft geht es erst einmal um korrekte Auskünfte über die Rechtslage. Viele Eltern sind unzureichend informiert oder falsch beraten. Bei schwierigen Problemen begleiten wir die Eltern auch zu Terminen mit Schulen oder Ämtern. Manches Problem löst sich ganz schnell, wenn die Eltern jemanden da-

beihaben, der sich auskennt. Für die Eltern ist auch der Austausch mit anderen in einer ähnlichen Situation ganz wichtig.

**forum** Was raten Sie, wenn die Kinder von der Regelschule abgelehnt werden?

**Thoms** Es ist wichtig, sich nicht entmutigen zu lassen und sich Unterstützung zu holen. Allein ist man den Konflikten oft nicht gewachsen. Organisiert euch! Es gibt vielerorts Elternvereine, wo man Gleichbetroffene treffen und von ihren Erfahrungen profitieren kann. Überall in Deutschland gibt es unabhängige Teilhabe-Beratungsstellen. Unter dem Kürzel *ЕУТВ* kann man sie finden. Unsere Kinder haben ein Recht auf Inklusion. Sie gehören in die Mitte der Gesellschaft. Wer ihnen dies verweigert, beraubt sie vieler Lebenschancen.

**forum** Was machen Schulen, bei denen das gemeinsame Lernen seit Jahrzehnten funktioniert, anders?

**Thoms** Wenn gemeinsames Lernen gut läuft, dann hat sich die ganze Schule auf einen inklusiven Entwicklungsprozess eingelassen. Die Lehrer arbeiten dann nicht als Einzelkämpfer, sondern produktiv im Team. Für die Kinder mit Förderbedarf fühlen sich alle Lehrer zuständig und nicht nur der Sonderpädagoge. Die Schule hat einen Blick aufs einzelne Kind, und zwar auch auf die Kinder ohne Behinderung. Die Schule lebt gemeinsam die pädagogische Haltung »Wir sind für die Bildung der Kinder an unserer Schule verantwortlich«. Und nicht: »Wir machen Schule nur für Kinder, die wir uns wünschen.«

**forum** In der Konvention steht, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu *allen* Lebensbereichen haben sollten, nicht nur zu Bildung.

**Thoms** Die Schule ist für uns Schlüssel und Voraussetzung für ein inklusives Leben. Ohne Inklusion in der Schule kann sie auch im Erwachsenenalter nicht gelingen. Nur wenn die nachwachsende Generation eine gemeinsame Schulzeit erlebt, entsteht mehr Sensibilität für Barrieren, die der Teilhabe im Wege stehen. Barrieren gibt es in allen Lebensbereichen: beim Wohnen, bei Stellen auf dem ersten Arbeitsmarkt, beim Zugang zu vielen Freizeitaktivitäten, in Arztpraxen, im öffentlichen Raum usw.

**forum** Was wünschen Sie sich für die weitere Entwicklung?

**Thoms** Ich wünsche mir, dass die Menschen endlich begreifen, dass wir uns als Gesellschaft selbst schaden, wenn wir auf die Teilhabe bestimmter Gruppen der Bevölkerung weiter verzichten.

Eva-Maria Thoms ist Vorsitzende von *mittendrin* e.V. in Köln. In dem Verein engagieren sich seit 2006 Eltern von Kindern mit Behinderungen für inklusive Bildung.  
[www.mittendrin-koeln.de](http://www.mittendrin-koeln.de)

Das Interview führte Michaela Gehms, Teamleiterin Presse- und Öffentlichkeitsarbeit beim MDK.

Rehabilitation für schwer erkrankte Kinder und deren Eltern

## In der Gemeinschaft zurück ins Leben finden

Dank moderner medizinischer Behandlung werden Kinder und Jugendliche heute in vielen Fällen von bösartigen Erkrankungen oder schweren Herzerkrankungen geheilt. Doch Operationen und intensive Therapien belasten sowohl die jungen Patienten als auch deren Familien schwer. In speziellen Kliniken, so zum Beispiel in der Rehabilitationsklinik Katharinenhöhe im Schwarzwald, finden Betroffene Zeit zum Aufatmen und einen Weg zurück zur Normalität.

IN DEUTSCHLAND erkranken rund 1800 Kinder jährlich vor ihrem 15. Geburtstag an Krebs. In dieser Altersgruppe ist etwa jedes 410. Kind betroffen. Krebserkrankungen bei Kindern sind somit relativ selten, verglichen mit den Gesamtzahlen: In Deutschland erkranken jedes Jahr etwa 480 000 Menschen neu an Krebs; für das Jahr 2018 rechnet das Robert Koch-Institut mit über 493 000 Neuerkrankungen.

### Das gesamte Spektrum der Gefühle erhält Raum

»Eltern können heute mit viel Hoffnung in die Zukunft blicken, da sich die Überlebenschancen der jungen Patienten deutlich verbessert haben. Dennoch gilt: Die lebensbedrohliche Erkrankung eines Kindes ist und bleibt eine extre-

me Belastung für die Familie«, sagt Stephan Maier, Psychosozialer Leiter und Geschäftsführer der Rehabilitationsklinik Katharinenhöhe in Schönwald.

Bereits 1985 wurde hier im Schwarzwald ein richtungsweisendes Modell gestartet: Onkologisch, hämatologisch oder kardiologisch schwer erkrankte Kinder kommen zu ihrer Rehabilitation nicht allein. Auch die Eltern und Geschwister werden aufgenommen und behandelt. Heute stellen onkologisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit 85% den größten Teil der Patientinnen und Patienten in der Katharinenhöhe. Die zweite Hauptgruppe sind Kinder mit schweren Herzerkrankungen, insbesondere mit schweren angeborenen Herzfehlern.

### Ganzheitliches Rehakonzept

Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen sind es – neben rein körperlichen Folgen – viele Ängste und traumatisierende Erfahrungen, die Funktionseinschränkungen hervorrufen und eine dem Alter gemäße normale Entwicklung unmöglich machen. Die oft langen Klinikaufenthalte führen zu massiven Veränderungen im Leben der jungen Menschen und den stets mit betroffenen Familien.

»Mit unserem ganzheitlichen Blick bringen wir den Prozess der Genesung nach der Behandlung in der Akutklinik voran. Die Gesundheit wird weiter stabilisiert und wir unterstützen alle Beteiligten dabei, die vielfältigen Belastungen gut zu verarbeiten«, erklärt Stephan Maier.

Die Besonderheit: In der Katharinenhöhe wird das altersgemäße Umfeld einbezogen. Dies zeigt sich in zwei Behandlungskonzepten. Neben dem familienorientierten Modell gibt es für Jugendliche und junge Erwachsene ein spezielles Angebot: In der Gruppe bleiben sie unter sich, treffen auf Gleichaltrige mit ähnlichen Erkrankungen und Schicksalen.



## Endlich wieder Gemeinsamkeit

»Wir haben endlich wieder einmal viel Zeit für Familie«, freut sich Carola Gräfe\*, die mit Ehemann Peter\* und ihren sechs Kindern, darunter gleich zwei Patientenkinder, aus dem bayerischen Oberland angereist ist. Und bereits zur Halbzeit, nach zwei Wochen Reha in der Katharinenhöhe, steht für Eltern wie Kinder fest: »Uns geht es hier richtig gut!«

Über die Belastungen durch die Krankheit berichtet das Elternpaar unisono: Die beiden Kinder mit angeborenem Herzfehler forderten lange Zeit die ganze Aufmerksamkeit der Eltern. Während der Klinikphasen war ein Elternteil mit der Betreuung der kranken Kinder beschäftigt, während der Partner zur Arbeit gehen, den Alltag organisieren und sich um die anderen Kinder kümmern musste. An ein normales, gemeinsames Familienleben war dabei nicht zu denken.

»Wir waren meist getrennt, auseinandergerissen«, berichtet Peter Gräfe und seine Frau ergänzt: »Geschwisterkinder mit auf die Station zu nehmen ist auch meist schwierig zu organisieren und kaum möglich.«

## In der Gemeinschaft aufleben

So wie Familie Gräfe finden insgesamt 32 Familien in der Katharinenhöhe eine neue, vorübergehende Heimat. Die jungen Patientinnen und Patienten, ihre Eltern und Geschwister verbringen hier einen vierwöchigen Rehabilitationsaufenthalt – im Familienverbund und zugleich als große Gemeinschaft, vom Aufnahmetag bis zum Abschiedsfest.

Die Kinder der Gräfes haben allesamt recht schnell Anschluss gefunden: »Bereits am zweiten Tag entstanden erste Freundschaften«, wie Vater Peter bestätigt. Und so wachsen auf der Katharinenhöhe nicht nur die Familien wieder zusammen, auch unter Gleichbetroffenen entstehen feste Bindungen und Freundschaften.

Peter Gräfe genießt den Aufenthalt in der Katharinenhöhe, da der Tagesablauf nun nicht mehr von der Krankheit seiner Kinder oder von der Arbeit bestimmt ist. Da sein Arbeitgeber – nach einigem Ringen – der vierwöchigen Abwesenheit zugestimmt hat, kann der Familienvater jetzt Zeit mit seinen Kindern verbringen: »Nach dem gemeinsamen Abendessen noch auf den Spielplatz oder auf einen Spaziergang gehen, das ist daheim kaum machbar.« »Auch das Mittagessen ist hier einfacher, da alle zur gleichen Zeit kommen. Zu Hause im Alltag ist das auch nicht immer so einfach«, ergänzt seine Frau.

## Ein großes Spektrum an Therapien

Familienorientierte Rehabilitation stellt eine sehr aufwendige Behandlungsmaßnahme dar und sei – trotz der wahrnehmbaren Wohlfühlumgebung – sicherlich kein Urlaub, weiß Stephan Maier: »Wir bieten vielfältige Therapiemöglichkeiten, die medizinische, physiotherapeutische und psychologische Aspekte umfassen. Das ist teilweise richtig harte Arbeit.«

Körperliche wie psychische Krankheitsfolgen – oft eng verwoben – werden gleichzeitig und gleichermaßen behandelt. So werden natürlich die medizinischen Behandlungen

weitergeführt und die pflegerische Betreuung sichergestellt, im engen Austausch mit den Akutkliniken. Darüber hinaus und entsprechend der Indikationsstellung erhalten die Patientinnen und Patienten krankengymnastische und physikalische Therapien.

Weitere Bausteine in den Therapieplänen sind Bewegungs- und Sportprogramme – ob in der Sporthalle, im Fitnessbereich, beim therapeutischen Klettern oder im Schwimmbad – sowie Ergotherapie und Heilpädagogik. Freizeitaktivitäten ergänzen das therapeutische Spektrum. Im Außenbereich des Klinik-Geländes gibt es unter anderem einen Hochseilgarten, einen Sinnesparcours und einen Grillplatz für die Jugendlichen.

Pädagogische Gruppen schaffen den Rahmen, dass die gesunden Kinder mit ihren kranken Geschwistern Zeit verbringen und lernen, miteinander umzugehen. Drei Kindergruppen sowie eine Kinder-/Jugendgruppe gliedern sich entsprechend den Altersstufen. Da die Kinder von Familie Gräfe noch schulpflichtig sind, gibt's für sie ein weiteres Pflichtprogramm: Neben der Therapie besuchen sie noch den Unterricht.

## Medizin für den Tiger, Auszeit für Mama

Dr. Jörn Andreae ist der »Kuscheltierdoktor« der Katharinenhöhe. Bei ihm unternehmen gerade die kleinsten Kinder einen Rollentausch. Statt selber behandelt zu werden, verordnen sie dem Löwen einen Verband oder dem Tiger eine Infusion – ein hilfreicher Schritt zum Verarbeiten des Erlebten.

Psychosoziale Arbeit ist ein weiteres wichtiges Element der Therapie. Im Gruppengespräch werden Erfahrungen ausgetauscht und aufgearbeitet. Gerade diese Gesprächsrunden mit anderen Eltern sind für Carola Gräfe ein besonderes Plus der Reha: »Man spricht mit Gleichgesinnten auf einer anderen Ebene. Zu Hause hat man zwar Familie, Nachbarn und Freunde, bei denen man seine Sorgen loswerden kann, aber das ist nicht das gleiche Level.«

Das familiäre Zusammenleben steht im Mittelpunkt der Familiengespräche; in Einzelgesprächen werden individuell bedeutsame Themen vertieft. Auch die Eltern finden mehr Raum füreinander: Im Paargespräch geht es um die Veränderungen in der Beziehung der Partner oder um gemeinsame Entscheidungen, die im Alltag meist jeder für sich alleine treffen muss.

Beim Sport gönnt sich Carola Gräfe allerdings auch mal eine komplette Auszeit von der Familie, um nur für sich etwas zu tun: »Zu Hause klappt das ja meistens nicht.«

\*Name von der Redaktion geändert



Markus Hartmann ist Referent für Unternehmenskommunikation beim MDK Baden-Württemberg.  
markus.hartmann@mdkbw.de

## »Wir Kindergutachter sehen die Besserungen«

Nicht nur ältere Menschen, auch Kinder erhalten Pflegeleistungen von den Pflegekassen und müssen deshalb auch vom MDK begutachtet werden. Das betrifft etwa drei Prozent aller Pflegebedürftigen, also rund 80 000 Kinder und Jugendliche in Deutschland, die jünger als 15 Jahre sind. Einige benötigen zusätzlich Hilfsmittel, müssen beatmet werden oder brauchen eine Frühförderung. Auch bei solchen Leistungen begutachten die MDK-Experten.

ANDERS ALS in der Erwachsenenmedizin gilt es zu beachten, dass Kinder und Jugendliche sich noch körperlich und seelisch entwickeln. Daraus ergeben sich andere Hilfe- und Förderangebote als bei Erwachsenen oder älteren Menschen. Für diese Begutachtungen setzen die MDK deshalb meistens Kinderkrankenschwestern und Pädiater, also Kinder- und Jugendärzte, ein. Einer von ihnen ist Dr. Hans-Christoph Vogel vom MDK Nord. Seit Mitte der 1990er Jahre begutachtet der Pädiater Kinder in Hamburg und Schleswig-Holstein – was sich oft sehr unterscheidet von seiner früheren Tätigkeit in der Klinik und der Kinderarztpraxis, sagt Hans-Christoph Vogel.

**forum** Herr Dr. Vogel, was ist bei einer Kinderbegutachtung anders?

**Dr. Hans-Christoph Vogel** Ich habe natürlich grundsätzlich eine Informationsquelle mehr. Nämlich einen Angehörigen, in der Regel die Mutter oder auch beide Elternteile. Da muss ich zunächst Vertrauen erwerben. Man darf nicht vergessen, der MDK hat in der Öffentlichkeit heute noch nicht unbedingt den besten Ruf. Da steckt noch aus alten Zeiten ein Klischee dahinter: Das sind die, die im Auftrag der Krankenkassen alles streichen müssen. Das ist aber nicht unsere Aufgabe. Hinzu kommt, dass bei Kindern mit Behinderungen oder mit Entwicklungsauffälligkeiten gerade die familiären Verhältnisse oft schwierig sind. Solche sozialen Komponenten muss ich immer beachten.

**forum** Sind sich Kinder und Eltern da immer einig?

**Vogel** Auf keinen Fall. Das geht manchmal gar nicht gut. Ich glaube schon, dass man als Gutachter vorrangig das Kind zu sehen hat. Aber dieses Kind ist nie allein. Häufig sind unterschiedliche Sichtweisen von Kindern und ihren Eltern sehr wohl da, gerade bei verhaltensauffälligen Kindern. Und das ist manchmal nicht so einfach zu entscheiden und ist sicherlich auch vom Alter des Kindes abhängig. Verhaltensauffällige Kinder sehen wir in den Pflegebegutachtungen proportional sehr viel häufiger, als es sie wirklich gibt. Denn wir sehen ja immer Kinder, bei denen bereits Auffälligkeiten bestehen. Schließlich wird nur dann ein Leistungsantrag gestellt, wenn ein Problem besteht.

**forum** Wo und wie finden Sie einen guten Zugang zu den Kindern?

**Vogel** Bei der Pflegebegutachtung gehe ich in die Häuslichkeit. Da kommen sie nicht hierher zu mir in einen Untersuchungsraum, der ja alles andere als kindgerecht ist, mit einer Liege und einem Schreibtisch. Aber dort sind sie zu Hause. Das ist die vertraute Umgebung, und Kinder in ihrer vertrauten Umgebung sind wesentlich besser zugänglich, als sie es irgendwo in der Fremde sind. Das ist sicherlich ein großer Vorteil. Und dann habe ich – wie jeder, glaube ich – auch Techniken entwickelt, wie ich Zugang finde.

Es gibt natürlich auch Kinder, zu denen dringe ich nicht durch, beispielsweise bei

bestimmten autistischen Krankheitsbildern. Dann kann ich aber die Umstände beschreiben, die ich sehe. Wie reagiert das Kind darauf, dass da plötzlich ein Fremder in der Tür steht? Manche schreien sofort los oder verstecken sich hinter der Mutter. Andere reagieren überhaupt nicht, schauen nicht einmal auf. Manchmal hilft es schon, sich aus unserer Erwachsenenposition im Stehen nach unten auf die Perspektive des Kindes zu begeben. Dann ist der Kontakt da. Für solche Situationen muss man, glaube ich, ein besonderes Gespür haben. Es wird ja nicht jeder Pädiater oder Kinderkrankenschwester.

**forum** Welche Fälle sind es, die man sonst vielleicht bei Erwachsenen nicht hat, oder die auch gleich sind?

**Vogel** Was wir nicht haben in der Kinderbegutachtung, ist die Arbeitsunfähigkeit. Aber alle anderen vorstellbaren Fragestellungen, wie Hilfsmittel, Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder häusliche Krankenpflege, sind vertreten. Allerdings werden viele Fälle erneut vorgelegt, weil Kinder noch in der Entwicklung sind. Es ist erstaunlich, welche Fortschritte man mittlerweile bei der Behandlung Frühgeborener oder bei der Beatmung erzielen konnte. Das hat dazu geführt, dass zunehmend Kinder zu Hause beatmet werden. Dadurch sind bei den Krankenkassen die Kosten explodiert, sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Kindern. Insofern sehen wir solche extrem aufwendigen Fälle zunehmend in allen Altersbereichen.

Hinzu kommt, dass viele Kinder vollständig über 24 Stunden, sieben Tage die Woche, von ihren Eltern betreut werden. Oftmals sind es die Mütter, die alleinerziehend sind. Manche Mutter ist nach einer gewissen Zeit, nach ein paar Jahren physisch und psychisch belastender Pflege ausgebrannt. Sie kann dann einfach nicht mehr, und dann kommen die Fragen vielleicht auch durch die Sozialberatungen: Wo können wir uns Unterstützung holen? Und dann werden sie oft an die Krankenkasse verwiesen.

**forum** Sind es denn immer die gleichen Krankheitsbilder?

**Vogel** Besonders ist, dass ich hier Krankheitsbilder sehe, von denen ich früher als Kinderarzt außerhalb des MDK etwas theoretisch gehört habe. In meinem ersten Jahr beim MDK habe ich mehr seltene Krankheiten gesehen als in meiner gesamten Berufslaufbahn davor. Ich sehe manchmal Kinder, von deren Erkrankung es vielleicht nur zehn Fälle auf der Welt gibt, und ein Kind davon wohnt hier und ich habe es begutachtet. Das sind natürlich auch schwierige Fälle, wo ich dann häufig die Frage höre: »Was wird aus meinem Kind werden?« Mir fällt dabei auf, dass die Eltern über die Krankheit ihrer Kinder bestens Bescheid wissen. Ich kenne sogar eine Reihe von Kin-

dern, die die Krankenhäuser nur stationär aufnehmen, wenn ein Elternteil dabei ist. Das Klinikpersonal bekommt ohne die Unterstützung der Mutter oder des Vaters die Versorgung sonst nicht in den Griff. Als Gutachter muss man sich intensiv in solche Krankheitsbilder einarbeiten.

Die Pädiatrie hat sich ja in den vergangenen 20 Jahren enorm weiterentwickelt. Reden wir heute über Frühgeborene als Herausforderung, dann wiegen sie bei Geburt 450 Gramm oder weniger. Zu der Zeit, als ich in der Klinik gearbeitet habe, da haben wir gesagt: Wenn ein Kind mit 1500 Gramm Geburtsgewicht ohne dauerhafte Schädigung durchkommt, kann man schon eine Veröffentlichung schreiben. Und heute ist es die Norm, dass solche Kinder normal aufwachsen.

**forum** Und was ist anders in der Pflege?

**Vogel** Auch in der Pflege werden Kinder häufiger nachbegutachtet. Einfach weil die Entwicklung noch da ist und man erwartet, dass sich durch Therapien bei den meisten etwas bessern wird. Und das ist auch häufiger so. Das bedeutet, wir sehen oft Fortschritte und werden dadurch bei vielen Kindern feststellen, dass die Pflegebedürftigkeit abnimmt. Das dauert manchmal ein paar Jahre, weswegen Kinder über längere Zeiträume nachbe-

gutachtet werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass bei älteren und hochbetagten Menschen der Pflegebedarf abnehmen wird, ist naturgemäß deutlich kleiner. Aber bei einem Kleinkind kann ein Pflegegrad 3 oder 4 durchaus später weniger werden oder sogar wegfallen.

**forum** Was hat Sie in den 23 Jahren als MDK-Gutachter besonders bewegt?

**Vogel** Wenn ich nach mehreren Jahren zur erneuten Begutachtung eines Kindes komme, freundlich empfangen werde und sich die Eltern erinnern und sagen: »Damals haben Sie uns dieses oder jenes empfohlen. Das haben wir gemacht, und jetzt sind wir zufrieden mit der Entwicklung unseres Kindes.« Solche Erlebnisse hat man bei den Erwachsenen-Begutachtungen praktisch nie. Wir Kindergutachter sehen die Besserungen. Das sind meine Highlights.

*Die Fragen stellte Jan Gömer,  
Pressesprecher des MDK Nord.*





## Süchtig nach digitalen sozialen Medien

Chatten, Video schauen, Fotografieren, Zocken – immer mehr Kinder und Jugendliche nutzen die digitalen Medien. Studien warnen vor den Folgen unkontrollierten Medienkonsums.

80 PROZENT der 12 bis 13-Jährigen besaßen 2016 laut Statistikportal *statista* ein Smartphone/Handy. Und damit machen die Kids inzwischen alles: Sie sind überall und ständig erreichbar, tummeln sich im Internet und kommunizieren mit Gleichgesinnten. Interessant: Jugendliche und Erwachsene verbringen etwa gleich viel Zeit mit Medien, jedoch nutzen die Jüngeren diese stärker für Aktivitäten in den sozialen Medien. Über WhatsApp, Instagram, Skype, Snapchat, Facebook und Ähnliches tauschen sie im Schnitt 166 Minuten pro Tag Textnachrichten, Bilder, Videos, Standortinformationen, Dokumente und Kontaktdaten aus.

Wie sich dies auf 12- bis 17-Jährige auswirkt, hat eine 2017 von der DAK vorgelegte repräsentative Studie untersucht. Dabei wurden 1001 Kinder und Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren befragt. Die Studie erfasst erstmals in Deutschland systematisch einen problematischen Gebrauch sozialer Medien und erlaubt Aussagen zum Suchtrisiko dieser Altersgruppe. 85% der Befragten nutzen soziale Medien täglich. Dabei steigt die Nutzungshäufigkeit mit zunehmendem Alter. Die Daten zeigen aber auch, dass die meisten (80%) dennoch altersentsprechende soziale Kontakte pflegen. Sie nutzen soziale Medien zusätzlich, um Entwicklungsaufgaben wie Identitätsbildung und den Erwerb von sozialen Kompetenzen zu bewältigen. Gleichzeitig entdecken sie viele Angebote jenseits eigener kultureller und sozialer Grenzen.

### Gefahren bei exzessiver Nutzung

Für einige von ihnen ist es ein zweischneidiges Schwert: Sind Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeitserleben bereits gering ausgeprägt, vermittelt die virtuelle soziale Interaktion rasch und unkompliziert unverbindliche positive Rückmeldung. Alltägliche Konflikte und Einsamkeitsgefühle können so gemildert werden. Die realen Face-to-Face-Beziehungen treten in Folge immer mehr in den Hintergrund. Bestehende Schwächen im direkten und realen Kommunikationsverhalten verstärken sich.

Ein Teil der Befragten zeigt entsprechend Symptome einer fortgesetzten schädlichen oder missbräuchlichen Nutzung sozialer Medien; einige wenige weisen gar Anzeichen

einer ausgeprägten Störung mit klinischer Bedeutung auf. So nutzt jeder Dritte die sozialen Medien, um vor unangenehmen Gedanken zu fliehen. Jeder Fünfte pflegt seine Kontakte meist oder ausschließlich über die Medien, und bis zu 6% der Befragten haben aufgrund der ausufernden Medienutzung keine Hobbys oder sogar ernsthafte Probleme mit anderen Menschen. Die Studie weist darauf hin, dass Jugendliche mit solchen Symptomen soziale Medien nicht kontrolliert nutzen können. Bei 2,6% der Mädchen und 3,4% der Jungen wurde ein problematischer Gebrauch sozialer Medien festgestellt, dessen Symptome an die bei substanzbezogenen Störungen erinnern.

### Prävention fördern

Der aktuelle wissenschaftliche Kenntnisstand erlaubt es nicht, die unkontrollierte Anwendung sozialer Netzwerke als (Verhaltens-)Sucht zu klassifizieren. Aktuell wird übermäßiger Medienkonsum den Impulskontrollstörungen oder Zwangsstörungen oder auch als das Vorliegen eines symptomatischen Verhaltens bei bestehender psychischer Störung zugeordnet. Handelt es sich um krankheitswertige Störungen, können sie im gestuften medizinischen Versorgungssystem behandelt werden. Dies betrifft jedoch nur einen Bruchteil aller Jugendlichen. Ein größerer Anteil zeigt mildere Ausprägungsgrade – wenn auch mit negativen Folgen. Diese erfüllen jedoch nicht die Kriterien einer behandlungsbedürftigen Erkrankung.

Unbestritten muss die Prävention internetbezogener Störungen insbesondere den Schutz Minderjähriger fokussieren. Eine entsprechende Empfehlung wurde 2017 durch eine Expertengruppe der Bundesregierung erarbeitet.



**Dr. Wiebke Martinsohn-Schittkowski**  
ist Mitarbeiterin im Kompetenz-Centrum  
für Psychiatrie und Psychotherapie.  
W.Martinsohn-Schittkowski@mdk-mv.de

## Ein buntes Zuhause auf Zeit

Familien, deren schwerkranke Kinder im benachbarten Universitätsklinikum behandelt werden, bietet es ein vorübergehendes Zuhause – das Hundertwasserhaus im Essener Grugapark.

DER GANG durch das 2005 eröffnete Haus mit dem goldenen Zwiebelturm ist einem Waldspaziergang nachempfunden: Es gibt keine Ecken und kaum Kanten, alles ist rund, geht fließend ineinander über, besticht durch weiche Formen, kräftige Farben und viel Natur. Der Entwurf zu diesem ganz besonderen Haus mit der Adresse *Unterm Sternenzelt 1* war die letzte Arbeit des österreichischen Künstlers Friedensreich Hundertwasser.

Das Essener Domizil ist eines von 22 Ronald McDonald Häusern in Deutschland (364 weltweit), die es möglich machen, dass Familien schwer kranker Kinder während einer Krankenhausbehandlung in unmittelbarer Nähe ihres Kindes bleiben können. »Ein Konzept, das aufgeht«, bestätigt Sabine Holtkamp, Leiterin der Einrichtung: »Die Familien können hier Kraft tanken, zur Ruhe kommen, loslassen. Sie müssen nicht hin und her pendeln, können Geschwisterkin-

der mitbringen und bei uns gemeinsam zusammen sein.«

17 Apartments bieten Platz für jeweils vier Personen. Drei hauptamtliche und bis zu 70 ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kümmern sich um das Haus und die kleinen und großen Gäste. Und die kommen aus der ganzen Welt – aktuell auch aus Spanien, Zypern, Mazedonien. Ein Grund: »Die Kliniklandschaft verändert sich, es gibt immer mehr Kompetenzzentren für spezielle Erkrankungen«, weiß Sabine Holtkamp. So sei das Essener Klinikum beispielsweise nicht nur auf die Behandlung extremer Frühchen ausgerichtet, sondern auch auf Organtransplantationen (vor allem Leber) und Protonentherapien bei Tumoren (insbesondere kindlichen Hirntumoren).

Über die McDonalds Kinderhilfe ist das Essener Hundertwasserhaus in erster Linie spendenfinanziert. Die zusätzlichen Kosten von 22,50 Euro pro Familie, Nacht und Apartment werden in der Regel von den deutschen Krankenkassen übernommen. »Dass wir so günstig kalkulieren können, verdanken wir all unseren ehrenamtlichen Helfern, die regelmäßig mit anpacken. Ohne sie wäre das alles hier nicht möglich«, sagt Sabine Holtkamp.

Das Gelände ist groß und gepflegt, hat eine offene Gemeinschaftsküche, in der sich die Familien selbst versorgen und es einmal in der Woche Frühstück für alle und ein gemeinsames Abendessen gibt. Verschiedene Aufenthalts- und Spielbereiche drinnen und draußen bieten Platz, um sich mit anderen Betroffenen auszutauschen, aber auch Rückzugsmöglichkeiten, um mit sich, der Natur und seinen Gedanken allein zu sein. »Im vergangenen Jahr sind 17 Kinder verstorben«, sagt Sabine Holtkamp nachdenklich. »Trotz aller Schicksale und Sorgen, trotz Trauer und Traurigkeit – bei uns wird definitiv mehr gelacht als geweint. Das hilft und macht Hoffnung.«



**Dorothee Buschhaus** ist  
Redakteurin der MDK-Gemeinschaft.  
d.buschhaus@mds-ev.de

## Meilenstein auf dem Weg zur neuen Pflege-Qualitätsprüfung in Heimen

Der Qualitätssausschuss Pflege hat Mitte September die Vorschläge für ein neues Prüfverfahren zur Qualitätsprüfung von stationären Pflegeeinrichtungen abgenommen. Dieses ist vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und dem aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen in Göttingen entwickelt worden. Ziel ist es, die Qualität von Pflegeheimen besser bewerten und vergleichen zu können.

MIT DER ABNAHME des Abschlussberichtes hat der Qualitätssausschuss Pflege den Weg frei gemacht für die Einführung eines neuen Prüfverfahrens in Pflegeheimen und eine neue Darstellung der Pflegequalität. Damit wird die Qualitätsprüfung sowohl bei den Prüfinhalten und dem Prüfverfahren als auch bei der Bewertung neu aufgestellt. Die Ermittlung und Darstellung der Pflegequalität basiert künftig auf intern erhobenen Daten der Einrichtungen (Indikatoren) sowie auf der externen Qualitätsprüfung durch den MDK beziehungsweise den PKV-Prüfdienst.

### Indikatoren für Pflegequalität

Indikatoren sind Kennzahlen, mit denen Rückschlüsse auf die Qualität der Pflege gezogen werden können. Sie geben zum Beispiel an, wie hoch der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner ist, bei denen die Mobilität innerhalb eines bestimmten Zeitraumes erhalten blieb, wie häufig es zu Stürzen mit schwerwiegenden Folgen oder zu unbeabsichtigtem Gewichtsverlust gekommen ist.

Folgende Indikatoren sollen künftig Aussagen über die Pflegequalität ermöglichen:

- ▶ erhaltene Mobilität
- ▶ erhaltene Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen
- ▶ erhaltene Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Lebensalltags
- ▶ Dekubitusentstehung
- ▶ schwerwiegende Sturzfolgen
- ▶ unbeabsichtigter Gewichtsverlust
- ▶ Durchführung eines Integrationsgesprächs
- ▶ Anwendung von Gurten
- ▶ Anwendung von Bettseitenteilen
- ▶ Aktualität der Schmerzeinschätzung

Die Indikatoren werden von einer noch einzurichtenden zentralen Datenannahmestelle (DAS) berechnet. Die dafür notwendigen Daten erheben die Pflegeeinrichtungen zweimal jährlich für alle Bewohnerinnen und Bewohner und liefern sie an die DAS. Die DAS wertet die Daten aus und prüft sie statistisch auf Plausibilität.

Die Auswertungen der Indikatoren werden den Pflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellt. Auf diese Weise erhalten die Einrichtungen Informationen darüber, bei welchen Indikatoren ihre Daten dem Durchschnitt entsprechen und bei welchen sie über oder unter dem Durchschnitt liegen. Auf dieser Grundlage können die Pflegeeinrichtungen Defizite und Verbesserungspotenziale erkennen und im internen Qualitätsmanagement berücksichtigen.

### Die neue Qualitätsprüfung des MDK

Die Inhalte der externen Qualitätsprüfungen durch den MDK beziehungsweise durch den PKV-Prüfdienst werden künftig noch stärker als bisher auf die Versorgungsqualität ausgerichtet. Die Strukturqualität der Pflegeeinrichtung – dazu zählen zum Beispiel die Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft oder Maßnahmen des Qualitätsmanagements – wird in den Prüfungen eine untergeordnete Rolle spielen.

### Bewertung von Qualitätsbereichen statt Einzelkriterien

Neu dagegen ist, dass in den Qualitätsprüfungen nicht mehr einzelne Kriterien bewertet werden, sondern umfassende Qualitätsaspekte, die folgenden Qualitätsbereichen zugeordnet werden:

- 1 Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung
- 2 Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- 3 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte
- 4 Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen
- 5 Bereichsübergreifende fachliche Anforderungen
- 6 Organisationsaspekte und internes Qualitätsmanagement

Die Qualität in den ersten vier Bereichen wird individuell – das heißt bezogen auf den jeweiligen Bewohner – erhoben.

Der fünfte Qualitätsbereich umfasst bewohnerbezogene Qualitätsaspekte, die für alle in die Prüfung einbezogenen Bewohner zusammenfassend bewertet werden. Hierzu zählt zum Beispiel die Abwehr von Risiken und Gefährdungen. Hier geht es im Kern um die fachgerechte Risikoerfassung sowie eine fachgerechte Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Reduzierung von Risiken und Vermeidung von Gefährdungen der Bewohner, etwa im Zusammenhang mit dem Sturzrisiko oder einem Ernährungsrisiko.

Der sechste Qualitätsbereich umfasst strukturelle Merkmale der Einrichtung, etwa zum Qualitätsmanagement oder zur Qualifikation der Pflegedienstleitung. Im Vergleich zum bisherigen Verfahren werden künftig deutlich weniger strukturelle Aspekte erfasst.

#### Vier Stufen zur Bewertung der bewohnerbezogenen Qualität

Neu ist auch, dass die bewohnerbezogenen Qualitätsaspekte nicht mehr wie bisher anhand von Ja/Nein-Fragen, sondern mittels einer vierstufigen Systematik bewertet werden. Dabei wird geprüft, ob

- ▶ keine Auffälligkeiten oder Defizite bei der Versorgung bestehen,
- ▶ Auffälligkeiten vorhanden sind, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen,
- ▶ Defizite bestehen, die mit dem Risiko negativer Folgen für den Bewohner verbunden sind,
- ▶ Defizite vorliegen, die bereits zu negativen Folgen für den Bewohner geführt haben.

Das Fachgespräch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen erhält bei der Prüfung einen höheren Stellenwert als heute. Damit sind sowohl für die Prüfer als auch für die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen hohe fachliche Anforderungen verbunden.

Künftig wird die Versorgungsqualität bei einer Stichprobe von neun Personen überprüft. Zusätzlich wird bei sechs dieser neun Bewohner geprüft, ob die von der Einrichtung für diesen Bewohner zuletzt an die DAS gemeldeten Daten für die Indikatoren plausibel erscheinen. Diese inhaltliche Plausibilitätsprüfung ergänzt die statistische Plausibilitätsprüfung durch die zentrale Datenannahmestelle.

#### Darstellung der Qualität von Pflegeheimen

Bisher wurde nach einer Qualitätsprüfung für jede Pflegeeinrichtung ein Transparenzbericht veröffentlicht, in dem die Qualität der Einrichtung anhand von Pflegenoten bewertet wurde. Diese wurden zunehmend kritisiert, weil sie keine deutliche Unterscheidung der Qualität der Pflegeeinrichtungen erbracht haben und die Qualität oft besser darstellten, als sie nach fachlicher Einschätzung der MDK-Prüferinnen und -Prüfer tatsächlich war.

Die neue Qualitätsdarstellung umfasst künftig:

- ▶ die Indikatoren, die aus den gemeldeten Daten der Einrichtungen von der Datenannahmestelle berechnet werden,
- ▶ die Ergebnisse der externen Qualitätsprüfung von MDK bzw. PKV-Prüfdienst der Qualitätsbereiche 1 bis 4,
- ▶ die Strukturinformationen, die die Pflegeeinrichtungen zur Verfügung stellen, beispielsweise zur Personalausstattung oder zur Erreichbarkeit der Pflegeeinrichtung mit öffentlichen Verkehrsmitteln.

Die Wissenschaftler von IPW und aQua haben für die Darstellung der Indikatoren eine fünfstufige Bewertung (durchschnittlich, leicht über/unter dem Durchschnitt, weit über/unter dem Durchschnitt) und für die Darstellung der Prüfergebnisse eine vierstufige Bewertung (keine oder geringe Qualitätsdefizite, moderate, erhebliche oder schwerwiegende Qualitätsdefizite) vorgeschlagen. Die Einzelheiten dazu werden in der neuen Qualitätsdarstellungsvereinbarung (QDV) durch die Leistungserbringerverbände auf Bundesebene und den GKV-Spitzenverband vereinbart. Ziel ist es, diese Vereinbarung noch in diesem Jahr unter Dach und Fach zu bringen.

#### Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die stationäre Pflege

Die Aufgabe von MDK und GKV-Spitzenverband ist es, die Vorschläge der Wissenschaftler in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) für die stationäre Pflege verfahrensrechtlich zu konkretisieren. Dabei sind auch die Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität in der stationären Pflege nach §113 SGB XI zu berücksichtigen. Auch die QPR sollen noch in diesem Jahr finalisiert werden. Die Arbeiten hieran sind in vollem Gange, so dass die neuen Prüfungen nach einer Vorbereitungsphase in 2019 starten können.



Jürgen Brüggemann ist  
Leiter des Teams Pflege beim MDS.  
J.Brueggemann@MDS-ev.de

## Bis zuletzt gut versorgt

Schwer kranke und sterbende Patienten möchten zu Hause in ihrer vertrauten Umgebung versorgt werden und auch dort sterben. Mehr und mehr Menschen kann dieser Wunsch auch erfüllt werden. Dennoch zeigen sich in der Versorgungslandschaft immer noch »weiße Flecken«. Wo steht die Betreuung todkranker und sterbender Menschen in Deutschland?

2007 WURDE DIE Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) als neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung für Schwerkranke und Sterbende eingeführt. Seither werden immer mehr todkranke Patienten in ihrer letzten Lebensphase über die SAPV zu Hause versorgt. Der jüngste Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) an die Bundesregierung zur Entwicklung der SAPV zählte für 2016 insgesamt 142 263 Abrechnungsfälle (Vorjahr 114 113) – ein Zuwachs von fast 25%. Die Ausgaben der Kassen für ärztliche und pflegerische Leistungen der SAPV stiegen im selben Zeitraum um 20% auf 323 Millionen Euro. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) verzeichnet in ihrem aktuellen »Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung« bundesweit 278 SAPV-Teams. Allerdings basieren diese Zahlen auf freiwilligen Selbstauskünften der Teams.

Der Bericht des G-BA zeigt aber auch, »dass eine vollständige vertragliche Abdeckung der SAPV noch nicht in allen Bundesländern erreicht werden konnte«. Vor allem auf dem

Land gibt es bei der Versorgung mit SAPV noch eine ganze Reihe »weiße Flecken«. »Aufs Ganze gesehen erhalten rund 5% aller Sterbenden diese Versorgung

### Viele Patienten gehen Fehlern nicht nach

durch die speziell ausgebildeten Teams«, präzisiert der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Palliativversorgung, Professor Dr. Lukas Radbruch. »Der Bedarf liegt aber bei schätzungsweise 10%.« Auch die Schnittstelle zwischen dem Krankenhausaufenthalt und der ambulanten Palliativversorgung stellt die Patienten immer wieder vor Schwierigkeiten. So fehle vor der Entlassung oft die Verordnung der SAPV, und die Patienten können nicht nahtlos weiter versorgt werden. Oder der Patient wird freitagnachmittags entlassen, aber der Hausarzt wird nicht eingebunden. So bleibt der Patient zu Hause zunächst unbetreut. »Das Ganze ist vor allem ein Organisationsproblem«, so Radbruch.

### Sonderfall Pflegeheim

Viele offene Fragen zeigen sich auch bei der Versorgung Sterbender im Pflegeheim. Denn entweder engagiere sich hier der Hausarzt oder die Versorgung finde nicht statt, konstatiert Radbruch: »Das ist auch eine Sache der Einstellung und der Aufmerksamkeit für das Thema. Da muss eine Kultur der Wahrnehmung des Sterbens weiterentwickelt werden, vor allem in der Kooperation mit dem Hausarzt.« Dass dies möglich ist, zeigt ein Praxisbeispiel: Radbruch berichtet von einem Hausarzt, der der Heimleitung seine Besuchstermine genau mitteilt. Im Gegenzug kann die Leitung zur vereinbarten Zeit eine begleitende Pflegerin bereitstellen, die die Bewohner des Heims kennt und weiß, wie es ihnen geht. Das funktioniert aber nur, wenn ein Hausarzt den überwiegenden Teil der Heimbewohner versorgt und/oder idealerweise mit einem SAPV-Team zusammenarbeitet.

Kein Wunder, dass die Palliativmedizin mit dem Wachstum der SAPV auch immer stärker im Versorgungsalltag der Ärzte ankommt, besonders in dem der Allgemeinmediziner, wie Radbruch sagt. So stieg die Zahl der Mediziner mit der Zusatz-Weiterbildung »Palliativmedizin« 2016 auf 10 246, darunter 4392 niedergelassene Ärzte und 4599 Krankenhausärzte. »Generell haben auch viele Hausärzte großes Interesse«, berichtet Radbruch aus seinen Kursweiterbildungen Palliativmedizin. »Vor zehn Jahren kamen die Teilnehmer vor allem von den Palliativstationen oder arbeiteten schon in spezialisierten Teams. Jetzt kommen viel mehr Hausärzte und schließen zum Teil für eine Woche ihre Praxis zu, um am Kurs teilnehmen zu können. Immerhin umfassen die Kurse 40 Stunden plus drei Fallseminare von 120 Stunden.«

Allerdings fürchtet Radbruch, dass das Niveau der Zu-



Christian Beneker ist Fachjournalist für Gesundheitspolitik.  
christian.beneker@t-online.de

satz-Weiterbildung Palliativmedizin sinken wird. Denn mit der Novellierung der neuen Musterweiterbildungsordnung (MWBO) hat der 121. Deutsche Ärztetag in Erfurt beschlossen, dass die bisherige Anforderung von sechs Monaten Palliativmedizin zum Beispiel an Palliativstationen unter der Begleitung ausgebildeter Palliativmediziner wegfällt. »Aus unserer Sicht wäre die Qualifikation damit ziemlich dünn«, kommentiert Radbruch.

Dafür werden immer mehr Studierende mit der Palliativmedizin bekannt gemacht. Denn laut DGP ist die Palliativmedizin seit 2014 Pflichtfach im Medizinstudium. Zehn von 35 Fakultäten haben einen Lehrstuhl eingerichtet, an den übrigen arbeiten Lehrbeauftragte für Palliativmedizin. An manchen Fakultäten ist der Stand der palliativmedizinischen Ausbildung noch weiter vorangeschritten. An der Uni Bonn zum Beispiel lernen die Studierenden in Blockseminaren zur Palliativmedizin bereits die Gesprächsführung mit Todkranken, wie Radbruch berichtet.

### Das Ehrenamt soll bunter werden

Längst ist die Betreuung unheilbar Kranker auch im Bewusstsein der Bevölkerung angekommen. In den 242 Hospizen hierzulande arbeiten vor allem Ehrenamtliche. Auch die Bevölkerung nehme »zunehmend Anteil an der Betreuung Sterbender«, teilt der Deutsche Hospiz- und Palliativverband

(DHPV) mit. Eben erst hat er neue Forschungsergebnisse dazu vorgelegt: »Ehrenamtlichkeit und bürgerschaftliches Engagement in der Hospizarbeit – Merkmale, Entwicklungen und Zukunftsperspektiven«. So könne sich fast jeder fünfte Befragte ein hospizliches Ehrenamt vorstellen, zitiert Professor Werner Schneider, Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats des DHPV und Koordinator der Studie, eines der Ergebnisse. Fragt man danach, wer diese Ehrenamtlichen sind, so zeigt sich: »Vor allem die gesellschaftliche Mitte begleitet und wird begleitet.« Unter den Begleitenden sind nach wie vor vor allem Frauen »in der späten Erwerbs- bzw. Nacherwerbsphase«, so die Studie. Schneider folgert aus der Studie, »dass ein Wandel hin zu einem das bestehende Angebot ergänzenden, *neuen*, das heißt, bunteren, vielfältigeren und flexibleren Ehrenamt noch am Anfang steht.« Vor allem für die Koordinatorinnen in den Hospizen wäre eine ganz neue Aufgabe. Sie müssten dann sehr verschiedene Bevölkerungsgruppen und -schichten und Milieus in den Blick nehmen, sagt Schneider.

Nach Ansicht des Palliativmediziners Radbruch sei die Palliativversorgung in Deutschland auf einem guten Weg. »Aber es bleibt auch noch viel zu tun«, sagt er.

## Drei Fragen an ...

**Dr. Joan Elisabeth Panke, Seniorberaterin beim MDS (Palliativmedizinerin und Sozialmedizinerin)**

Je mehr palliative Versorgungsstrukturen verfügbar sind, desto öfter begutachten die Medizinischen Dienste (MDK) im Auftrag der Krankenkassen Anträge auf Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und der stationären Hospizversorgung. Details zur Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und MDK sowie zur Beratung und Begutachtung des MDK regelt die *Begutachtungsanleitung SAPV und stationäre Hospizversorgung*. Diese wird zurzeit vom GKV-Spitzenverband, den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und der MDK-Gemeinschaft überarbeitet.

### Warum wird die Begutachtungsanleitung überarbeitet?

Die Palliativversorgung in Deutschland hat sich enorm weiterentwickelt. Grundlegende Neuerungen wurden durch das Gesetz zur Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) beschlossen, das im Dezember 2015 in Kraft getreten ist. Das hatte Auswirkungen auf die allgemeine Palliativversorgung. So änderten sich die Richtlinien des G-BA und die Rahmenempfehlungen der stationären Hospizversorgung, die schrittweise bis Ende 2017 verabschiedet wurden. Lücken in der Palliativversorgung in den unterversorgten Landstrichen sollen geschlossen und die Palliativversorgung ausgebaut werden. Dies schließt auch den Zugang zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase der Pflegebedürftigen in den Heimen und die Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen ein.

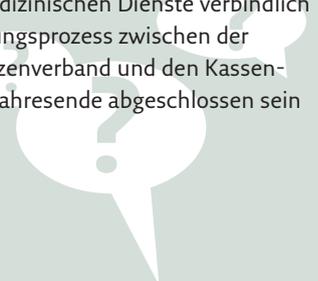
### Was sind die wichtigsten Neuerungen?

In der G-BA-Richtlinie für häusliche Krankenpflege wurde erstmals eine Komplexleistung eingeführt, die die besonderen Belange von Palliativpatienten betrifft. Vorher bekamen palliativ Erkrankte zum Beispiel eine einfache Wundversorgung und die Medikamentengabe durch Pflegefachkräfte getrennt voneinander verordnet. Jetzt haben gesetzlich Versicherte erstmals den Anspruch auf eine Komplexleistung zur Kontrolle der unterschiedlichen Krankheitssymptome (z. B. wechselnde Schmerzzustände, Übelkeit, pulmonale und kardiale Symptome, Obstipation, komplizierte Wundverläufe). Dabei werden erstmals unterschiedliche Leistungen in einer Leistungsziffer zusammengefasst. Die Komplexleistung soll helfen, flexibel auf ein wechselhaftes und plötzlich auftretendes Symptomgeschehen zu reagieren.

Der Ausbau der Hospizversorgung wurde in den neuen Rahmenvereinbarungen festgelegt. So wurde z. B. eine Rahmenvereinbarung für Kinder in stationären Hospizen geschaffen.

### Wann tritt die Begutachtungsanleitung voraussichtlich in Kraft?

Da die Begutachtungsanleitung sowohl für die gesetzlichen Krankenkassen als auch für die Medizinischen Dienste verbindlich ist, ist ein bundesweiter Abstimmungsprozess zwischen der MDK-Gemeinschaft, dem GKV-Spitzenverband und den Kassenartverbänden erforderlich, der bis Jahresende abgeschlossen sein soll.



## Wenn Lebenskrisen den Job beeinflussen

Eine schwere Erkrankung oder der Tod des Lebenspartners, eine Scheidung oder das eigene Altern: Krisen im privaten Bereich haben auch erhebliche Auswirkungen auf das Berufsleben. Mehr als jeder zweite Arbeitnehmer berichtet von einschneidenden Lebenskrisen. Bei den Beschäftigten, die 50 Jahre und älter sind, steigt der Anteil auf knapp zwei Drittel.

ER HATTE SICH schon länger Sorgen um seinen Vater gemacht. Doch als der Anruf aus dem Krankenhaus ihn im Büro erreichte, war Thomas Lenger\* geschockt. Sein Vater hatte einen Schlaganfall erlitten. Er war 76 Jahre alt und lebte allein in der Wohnung, seit seine Frau vor drei Jahren verstorben war. Nun war der Vater halbseitig gelähmt und konnte kaum noch sprechen. Von jetzt auf gleich war Lengers Vater ein schwerer Pflegefall geworden, um den er sich kümmern musste. Täglicher Besuch im Krankenhaus, Reha, Anrufe bei der Krankenkasse, Organisation des Pflegedienstes. In die Wohnung konnte der Vater nicht mehr zurück, sie war nicht barrierefrei. Die Verantwortung für den Vater lag nun bei dem 39-jährigen Sohn, der Vollzeit bei einer IT-Firma angestellt war.

### Auswirkungen auf die Gesundheit

»Ein typisches Beispiel für eine Art Lebenskrise«, sagt Klaus Zok vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIDO). Zok ist Mitautor einer Studie, in der es um die Auswirkungen von kritischen Lebensereignissen bei Berufstätigen geht. Bei der repräsentativen Befragung von 2000 Beschäftigten zeigt sich, dass Lebenskrisen wie eine schwere Krankheit, der Tod eines nahen Angehörigen oder eine Scheidung deutliche Auswirkungen auf die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der betroffenen Mitarbeiter und auf das Unternehmen insgesamt haben. Und diese Situation ist nicht selten. »Etwa die Hälfte der Erwerbstätigen war in den letzten fünf Jahren von einem kritischen Lebensereignis betroffen«, so Klaus Zok.

### Lebenskrisen belasten weit mehr als alltägliche Sorgen

Lebenskrisen, das sind Phasen im Leben, die nicht nur emotional außerordentlich belastend sind und weit über die alltäglichen Sorgen hinausgehen. Gefragt nach den »schlimmsten Lebensereignissen« unterscheiden sich die Antworten je nach Altersgruppe: Stehen bei den 40-Jährigen

und Jüngeren »belastende Konflikte im privaten Umfeld« im Vordergrund, werden von den Beschäftigten im Alter zwischen 40 und 50 Jahren die »schwere Erkrankung eines Angehörigen« an erster Stelle genannt. Bei den über 50-Jährigen tritt der Tod eines Partners als einschneidendes Lebensereignis an die Spitze. Danach werden in dieser Altersgruppe eine Trennung oder eine eigene Erkrankung als schlimmste Situation in ihrem Leben genannt. Jüngere Erwerbstätige berichten neben privaten Konflikten auch über finanzielle oder soziale Probleme, während bei den älteren Mitarbeitern Krankheit, das eigene Altern oder der Tod des Partners eine größere Rolle spielen.

### Wenn die Leistungsfähigkeit leidet

Es ist bereits bekannt, dass solche Ereignisse einen großen Einfluss auf die Gesundheit der Betroffenen haben und damit auch auf ihre Leistungsfähigkeit. Rund 80% der Betroffenen geben an, dass vor allem ihre seelische Gesundheit durch das Ereignis berührt ist, knapp 60% sehen ihre körperliche Gesundheit dadurch beeinträchtigt. Zwei Drittel der Befragten erleben, dass die Ereignisse einen starken oder sehr starken Einfluss auf ihre Berufstätigkeit haben. Sie sehen vor allem ihre Leistungsfähigkeit eingeschränkt.

»Solche Lebenskrisen machen vor den Eingangstüren der Unternehmen nicht halt. Und es ist damit zu rechnen, dass sie in Zukunft zunehmen werden«, prognostiziert Klaus Zok. Durch den demografischen Wandel werden die Arbeitnehmer älter und erleben häufiger schwere eigene Erkrankungen. »Hinzu kommt die wachsende Mobilität. Dadurch steht den Betroffenen ihr gewohntes soziales Umfeld nicht mehr wie selbstverständlich zur Verfügung«, so Zok. »Freunde und Familie, die gerade in Krisen zur Unterstützung wichtig sind, wohnen oft weit entfernt.«

Ein Großteil der Arbeitnehmer spricht heute am Arbeitsplatz über persönliche Krisen. Die meisten vertrauen sich ih-



ren direkten Kolleginnen und Kollegen an. Aufseiten des Unternehmens spielen die direkten Vorgesetzten eine zentrale Rolle als Ansprechpartner, insbesondere wenn sie mit Verständnis und Rücksichtnahme reagieren und Gespräche anbieten. Knapp die Hälfte der Befragten gibt an, in kritischen Lebenssituationen mit dem Vorgesetzten darüber gesprochen zu haben.

### Führungskräfte in der Pflicht

Die Mehrheit der in der Studie befragten Führungskräfte sieht sich und ihr Unternehmen in der Pflicht, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen bei der Bewältigung von Lebenskrisen zu unterstützen. Mehr als 60% der Vorgesetzten haben dem jeweils betroffenen Mitarbeiter nach eigenen Angaben ein klärendes Gespräch angeboten. Je größer der Betrieb, desto größer ist der Anteil der Führungskräfte, die solch ein Angebot offeriert haben.

»Eine Unterstützung durch das Unternehmen wird von den Betroffenen sehr positiv wahrgenommen. Kritische Lebensereignisse eines Mitarbeiters oder einer Mitarbeiterin können dadurch sogar die Bindung an das Unternehmen festigen«, sagt Klaus Zok. »Wenn die Situation sowohl aus Sicht des Betroffenen als auch des Betriebes gut bewältigt wurde, profitieren beide Seiten.«

#### **Anderes Alter, andere Krise**

Wie können Unternehmen ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in schwierigen Lebenssituationen entsprechend unterstützen? »Wesentlich ist zunächst, ein Gespräch zwischen Führungskraft und Betroffenen zu führen und Verständnis und Rücksichtnahme zu signalisieren.« Weitere Angebote zur Unterstützung sind abhängig von der Situation und müssen passgenau zugeschnitten werden. So benötigen zum Beispiel jüngere Arbeitnehmer mit finanziellen Problemen eine andere Unterstützung als ältere Kollegen, die ernsthaft erkrankt sind. »Unternehmen, die bereits über entsprechende Strukturen oder Ansprechpartner verfügen, sind dabei im Vorteil«, berichtet Zok. Hilfreich können zum Beispiel flexiblere Arbeitszeitmodelle oder auch das Angebot von Home Office sein. Aber auch die Vermittlung von externer Hilfe oder Angebote im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind eine Möglichkeit, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu unterstützen.

### Zukunftsaufgabe für Unternehmen

Klaus Zok ist sich sicher, dass die Frage nach dem Umgang eines Unternehmens mit Mitarbeitern in Lebenskrisen an Bedeutung gewinnen wird. »Es ist nicht nur der demografische Wandel, der die Betriebe dazu drängt, Strategien für solche Situationen zu entwickeln. Auch vor dem Hintergrund eines zunehmenden Fachkräftemangels können sich Unternehmen mit speziellen Angeboten erfolgreich profilieren.«

Thomas Lenger hat das Gespräch mit seinem Chef gesucht. Er hat inzwischen ein Zimmer für seinen Vater in einer Pflegeeinrichtung bei ihm ganz in der Nähe gefunden. Um seinem Vater die Umstellung zu erleichtern und den Umzug zu managen, benötigt er mehr Zeit. Mit seinem Arbeitgeber hat Thomas Lenger vereinbart, dass er für drei Monate seine Arbeitszeit reduziert. Danach will er wieder voll in seinen Beruf einsteigen.

*Zur Info:* BADURA / DUCKI / SCHRÖDER / KLOSE / MEYER (Hrsg.): Fehlzzeiten-Report 2017. Schwerpunkt: Krise und Gesundheit - Ursachen, Prävention, Bewältigung. Berlin 2017.

\* Name von der Redaktion geändert



**Dr. Barbara Marnach** ist Leiterin  
Bereich Kommunikation  
beim MDK Nordrhein  
b.marnach@mdk-nordrhein.de

## Diskrete Helfer in der Pflege

Fast täglich macht der Pflegenotstand Schlagzeilen. Menschliche Zuwendung können Fachkräfte in Kliniken und Pflegeheimen aus zeitlichen Gründen kaum bieten. Mancherorts füllen Ehrenamtliche diese Lücke. Wie etwa die *Grünen Damen und Herren*, ein Besuchsdienst mit bundesweit über 10 000 Helfern.

**KAUM ZU GLAUBEN:** In Deutschland sind ebenso viele Menschen ehrenamtlich tätig wie es versicherungspflichtig Beschäftigte gibt. Sie geben bei der örtlichen Tafel Mahlzeiten aus, sammeln Spenden oder organisieren Kinderfreizeitgruppen – 31 Millionen Deutsche leisten einen freiwilligen Beitrag zum Gemeinwohl. Dies ergab eine aktuelle Befragung im Auftrag des Bundesfamilienministeriums. Ein Teil dieser Helfer hat sich entschieden, sich um Kranke und Pflegebedürftige zu kümmern. Heimbewohner, die allmählich vereinsamen, oder ängstliche Patienten im Krankenhaus: Es gibt weit mehr Bedarf an menschlicher Zuwendung, als die Pflegekräfte bewältigen können.

### Niedrigschwelliges Angebot

»Die Patienten sprechen mit uns über alles, was sie beschäftigt: über ihre Familie, ihre Ängste oder Bedenken vor einer Operation«, erzählt Renate Drüker von den *Grünen Damen und Herren*, einem Besuchsdienst, der bundesweit in Kliniken und Altenheimen aktiv ist.

#### 31 Mio. Deutsche engagieren sich ehrenamtlich

»Die Hemmschwelle ist im Gespräch mit uns oft niedriger als bei Ärzten oder Schwestern.« Drüker ist Einsatzleiterin im Markus Krankenhaus in Frankfurt am Main und Landesbeauftragte für Hessen. Sie koordiniert die Einsatzpläne von 36 Helfern vor Ort, organisiert Schulungen und Supervisionen, führt neue Freiwillige an ihre Aufgaben heran und wirkt bei der Öffentlichkeitsarbeit mit – all dies ehrenamtlich. »Man muss bereit sein, Verantwortung zu übernehmen und ein gewisses Arbeitspensum zuverlässig zu leisten«, berichtet die ehemalige Bibliothekarin. Vor 13 Jahren ging Drüker 55-jährig in den Vorruhestand. Während andere beim Renteneintritt ein erholsames Hobby beginnen, fühlte sie sich noch unternehmungslustig und suchte nach einer Aufgabe. So ist sie zu den *Grünen Damen und Herren* gestoßen.

Vom Gedankenaustausch über Besorgungen bieten diese Damen und Herren in mehr als 600 Kliniken und Pflegeeinrichtungen in ganz Deutschland den Kranken, Senioren oder Behinderten vielfältige Unterstützungen an. Auf den Stationen erkennt man sie an ihren grünen Kitteln, sie sind überwiegend weiblich und älter als 50. »Unsere inoffizielle Altersgrenze liegt bei 80 Jahren«, so Drüker. Gegliedert ist der Hilfsdienst in Gruppen, die jeweils an eine stationäre Einrichtung angebunden sind und dort in engem Kontakt mit den Fachkräften stehen. *Die Grünen Damen und Herren* sind von der christlichen Seelsorge inspiriert, übernehmen aber auch ganz praktische Erledigungen: Sie begleiten Patienten zu Untersuchungen auf dem Krankenhausgelände, besorgen Lesestoff vom Krankenhauskiosk oder Lebensmittel aus dem Supermarkt und holen sogar auf Wunsch persönliche Dinge aus der Wohnung.

### Viele Senioren sind auf freiwillige Helfer angewiesen

Für Betroffene bedeuten solche Hilfen oft eine große Bereicherung, doch die Fachkräfte könnten sie nicht leisten. Vor allem in der Altenpflege spielt das Ehrenamt daher eine immer größere Rolle. Denn pflegebedürftige Senioren brauchen nicht nur Hilfe beim Waschen oder Essen. Ältere, die nicht mehr mobil sind und allein leben, vereinsamen und entwickeln häufig depressive Symptome. Demenzkranke hingegen sind oft körperlich ausgesprochen agil und rastlos. Sie möchten sich bewegen, können sich aber nicht mehr orientieren. Um das Fortschreiten der Erkrankung zu bremsen, brauchen sie darüber hinaus angemessene Beschäftigungen, die ihr Gedächtnis fordern: alte Fotoalben anschauen und sich an die abgebildeten Personen erinnern, bekannte Lieder aus der Jugendzeit singen und vieles mehr.

Hier kommen oft freiwillige Helfer zum Einsatz. In vielen Altenheimen sind sie heute fest in die Abläufe eingebunden.



Die freien Träger der Altenhilfe sowie die örtlichen Pflegestützpunkte vermitteln zudem auch Freiwillige, die Senioren zu Hause besuchen. Die sind allerdings meist nicht kostenlos, anders als die Bezeichnung vermuten ließe. Die Wohlfahrtsverbände machen geltend, dass ihnen Aufwendungen für Auswahl und Schulung geeigneter Helfer sowie für die Verwaltung entstünden. Bei den Pflegekassen können die Kosten über das Pflegegeld sowie im Rahmen der Verhinderungspflege abgerechnet werden.

### Von der Wirtschaftsinformatik zur OP-Schleuse

Im Krankenhaus sind ehrenamtliche Helfer seltener anzutreffen als im Pflegeheim. Doch auch hier ist menschliche Zuwendung willkommen. Eine anspruchsvolle Aufgabe hat zum Beispiel der ehemalige Wirtschaftsinformatiker Hans-Jürgen Kaestner (72) übernommen. Er betreut seit 14 Jahren als *Grüner Herr* Patienten, die im Frankfurter Markus Krankenhaus auf eine OP warten. »Die Wirkung meiner Anwesenheit sehe ich direkt auf dem Monitor: Die Vitalwerte normalisieren sich«, berichtet Kaestner mit einem Augenzwinkern. Er hält sich direkt im OP-Bereich auf, wo die Patienten die Anästhesie erhalten und an Geräte angeschlossen sind, die Puls und Blutdruck messen. Zwischen zehn Minuten und einer Stunde müssen Patienten vor dem Eingriff dort verbringen. »Das ist eine Ausnahmesituation, in der zehn Minuten eine sehr lange Zeit sein können«,

so Kaestner. Er stellt sich als ehrenamtlicher Helfer vor und bietet den Patienten an, die Wartezeit mit ihnen zu verbringen. »Da sind die meisten erst einmal überrascht.« Belastbar sollte man sein, um einfühlsam auf die Krankengeschichten zu reagieren.

Doch nicht alle Patienten sehen einer OP ängstlich und nervös entgegen; mancher Eingriff wird sogar ungeduldig und voll Vorfreude erwartet. Gerne erinnert sich Kaestner an einen besonderen Patienten: »Ich kam zu dem Frischoperierten auf das Zimmer. In der Krankenakte hatte ich gelesen: ›Geschlechtsangleichende OP‹ und sah im Krankenbett eine männlich wirkende Person. Er berichtete, dass er als Frau ge-

boren wurde und nun den letzten Schritt in seine neue Identität hinter sich gebracht habe. Der Patient war unmittelbar nach der OP überglücklich und sprach ganz offen über seine Gefühle. Das hat mich sehr berührt.«

### Vorbild USA

Der Verein Evangelische Krankenhaus-Hilfe (EKH), in dem sich die *Grünen Damen und Herren* zu einem überregionalen Netzwerk zusammengeschlossen haben, wurde 1969 von Brigitte Schröder gegründet, der Ehefrau des ehemaligen CDU-Bundesministers Gerhard Schröder. Die Idee entstand während eines USA-Besuches. Dort lernte Brigitte Schröder die sogenannten *Pink Ladies* kennen, die ehrenamtlich in Hospitälern tätig waren. Die Mitarbeiter des deutschen Pendants erhielten grüne

Kittel und nannten sich *Grüne Damen und Grüne Herren*. Zurzeit sind etwa 11 000 Frauen und knapp 650 Männer für die EKH tätig. Die EKH-Geschäftsstelle sitzt in Berlin und wird von zwei Teilzeitkräften koordiniert. Das ausschließlich ehrenamtlich tätige, fünfköpfige Vorstandsteam hält engen Kontakt zu den zwölf Landesbeauftragten, die wiederum die Gruppen vor Ort betreuen.

Mehr Infos unter:  
[www.ekh-deutschland.de](http://www.ekh-deutschland.de)

### Einfühlsam reagieren und Zeit schenken



Dr. Andrea Exler ist freie Journalistin mit Schwerpunkt Gesundheit in Frankfurt / Main.  
[Andrea.Exler@web.de](mailto:Andrea.Exler@web.de)

Postboten kümmern sich um Senioren

## Mit freundlichen Grüßen

Wenn in Bremen-Schwachhausen der Postbote klingelt, bringt er nicht nur Post, sondern fragt ältere und hilfsbedürftige Personen nach deren Wohlergehen – vorausgesetzt sie nutzen das Angebot *Post Persönlich*. Eingebunden in das Bremer Pilotprojekt der *Herbsthelfer*, schließt dieser Service weitere Dienstleistungen ein. Ziel ist es, dass Menschen, die eingeschränkt mobil sind, länger allein in der eigenen Wohnung zurechtzukommen.

IM PROJEKT HERBSTHELPER haben sich öffentliche Stellen und private Dienstleister zum Bremer Verbund für Senioren-dienste zusammengeschlossen. Die einzelnen Initiativen sollen vor allem älteren Menschen helfen, den Alltag zu bewältigen und länger in der eigenen Wohnung zurechtzukommen. Das Pilotprojekt Herbsthelfer startete im April 2018 und wird vom Senat der Hansestadt Bremen finanziell unterstützt.

»Das Angebot wendet sich an Senioren und ältere Menschen, die beispielsweise in ihrer Mobilität eingeschränkt sind und das Bedürfnis nach zusätzlichen sozialen Kontakten haben. Und natürlich an Angehörige, die wünschen, dass eine weitere Person täglich etwa bei den eigenen Eltern nach dem Rechten schaut«, sagt Jan Klaassen, Fachbereichsleiter Kommunikation der Johanniter-Unfall-Hilfe in Bremen.

### Postboten erkundigen sich nach dem Wohlbefinden

Wer »Post Persönlich« in Anspruch nehmen will, kann sich telefonisch oder über das Internet bei der Post anmelden. Die zusätzliche Dienstleistung der Post kostet bei drei Besuchen in der Woche, Montag, Mittwoch und Freitag, neun Euro im Monat. Sechs Besuche, montags bis sonnabends, kosten 15 Euro. Der Service »Post Persönlich« ist eine Erweiterung des Hausnotrufdienstes der Johanniter in Bremen. Voraussetzung für die Nutzung des Service der Post ist ein Hausnotrufgerät der Johanniter. Die Postbediensteten wurden für diese Aufgabe besonders geschult.

Der Postbote klingelt an vereinbarten Tagen bei Post-Persönlich-Kunden und erkundigt sich an der Wohnungstür nach dem Wohlbefinden. Er überreicht die Tagespost und nimmt auch frankierte Briefe mit. »Geht es der angetroffe-

nen Person gut, meldet der Postbote dies den Johannitern und freut sich auf den nächsten Besuch. Die Postboten betreten dabei nicht die Wohnung und übernehmen keine medizinischen oder pflegerischen Unterstützungsleistungen. Vielmehr sind sie ein regelmäßiger sozialer Kontakt, der ältere Menschen vor Isolation und Vereinsamung mit ihren negativen psychosozialen Folgen bewahren kann. Wenn der Postbote die Person nicht antrifft oder es dieser nicht gut geht, informiert er umgehend den Hausnotruf der Johanniter. Die Johanniter veranlassen dann die Maßnahmen, die vorher mit dem Post-Persönlich-Kunden vereinbart worden sind – beispielsweise die Kontaktaufnahme mit Bezugspersonen, oder die Johanniter schauen persönlich vorbei und klären die Situation«, erklärt Klaassen den Ablauf. Die Einsatzfahrer der Johanniter haben Zutritt zur Wohnung, sind medizinisch geschult und können die notwendigen Maßnahmen ergreifen sowie Angehörige verständigen.

Dr. Ole Nordhoff, bei der Deutschen Post verantwortlich für das Briefgeschäft, betont in einer Pressemitteilung: »Wir möchten unseren Beitrag dazu leisten, älteren Menschen den Alltag im eigenen Haushalt zu erleichtern. Die Deutsche Post kann dank ihrer einmaligen Präsenz vor Ort durch ihre Mitarbeiter in der Briefzustellung an sechs Tagen die Woche jeden Haushalt erreichen. Im Rahmen des Herbsthelfer-Verbundes bieten wir künftig mit neuen Dienstleistungen den in ihrer Mobilität eingeschränkten Menschen die Möglichkeit, länger in der gewohnten Umgebung leben zu können.«

### Projekt wissenschaftlich begleitet

Das Land Bremen unterstützt die Herbsthelfer 2018 und 2019 mit insgesamt 46000 Euro. Auch die AOK Bremen/

**Projekt erweitert den Hausnotrufdienst der Johanniter in Bremen.**

**Sozialer Kontakt schützt vor Isolation**



Bremerhaven beteiligt sich finanziell am Herbsthelfer-Verband. Olaf Woggan, Vorstandsvorsitzender der AOK Bremen/Bremerhaven: »Wir unterstützen dieses Projekt gern und sehen Bedarf für das innovative Angebot vor allem bei mobilitätseingeschränkten und älteren Menschen. Die Herbsthelfer können so Bewohner erreichen, die ansonsten nur schlecht zu kontaktieren sind.«

Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet, um die Erfahrungen auszuwerten. »Was klappt? Was können wir verbessern? Welche zusätzlichen Angebote wären eine sinnvolle Ergänzung? Diesen Fragen werden wir nachgehen. Mit dem Verbund probieren wir neue Wege aus«, sagt Karoline Linnert, Senatorin für Finanzen der Freien Hansestadt Bremen.

Professor Herbert Kubicek vom Institut für Informationsmanagement Bremen (ifib) ermittelte im Vorfeld mit einer Machbarkeitsstudie, welche Form von Unterstützung von Senioren gewünscht wird und welche Umsetzungswege erfolgversprechend sind.

»Wenn erste Erfahrungen gemacht wurden, werden wir sie Ende des Jahres auswerten. Nach dieser Zwischenbilanz ist der Verbund ab 2019 offen für neue Partner und Angebote. Wir sind gespannt, wie sich die Kooperation von öffentlichen und privaten Institutionen weiterentwickelt«, so Kubicek.

### Projekt Herbsthelfer

Im Herbsthelfer-Verband engagieren sich die Bremer Verwaltung, die Stadtbibliothek, die Deutsche Post, die vier Wohlfahrtsverbände Deutsches Rotes Kreuz (DRK), die Arbeiterwohlfahrt (AWO), die Caritas und der Paritätische Wohlfahrtsverband, die

AOK Bremen/Bremerhaven, die Sparkasse Bremen und die Johanniter. Die Beteiligten bieten unter einem Dach sechs Serviceleistungen an, unter anderem Post Persönlich, Lotsendienste, Mediendienst der Stadtbibliothek, Bargeldservice.



**Martin Dutschek** ist Leiter Personalentwicklung beim MDK Niedersachsen.  
martin.dutschek@mdkn.de

## Medizin in der dritten Dimension

Nur einen Schritt nach vorne – und man steht mittendrin im menschlichen Herzen, erkundet das Öffnen und Schließen der Herzklappen, sieht den Blutfluss. Was sich nach Science-Fiction anhört, lässt der Virtual-Reality-Arbeitsraum (VR-Lab) der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm seit Jahresbeginn Wirklichkeit werden. Doch nicht nur den Studierenden bietet die Cyberwelt neue, vielversprechende Einblicke. Das *MDK forum* berichtet aus der Zukunft der Medizin.

DATENBRILLE UND CONTROLLER – mehr braucht es für Studierende an der Universität Ulm zunächst nicht, um ein komplexes Organ wie das Herz besser zu begreifen. Unter Anleitung von studentischen Tutoren unternehmen angehende Ärztinnen und Ärzte im VR-Lab Spaziergänge durch ein dreidimensionales Modell des menschlichen Herzens.

Mit dem Controller lassen sich verschiedene echokardiografische Schnittebenen auswählen. Das Virtual-Reality-Modell wird in beliebige Positionen gedreht, von allen Seiten betrachtet. Neben der Animation des Herzschlages wurde eine Simulation des Blutflusses integriert, damit Lernende einen optimalen Eindruck von der Physiologie des Herzens erhalten.

»Gerade das Herz mit seiner extrem komplexen Struktur stellt viele Medizinstudierende vor Probleme«, erklärt Dr. Wolfgang Öchsner, Bereichsleitender Oberarzt in der Abteilung Kardioanästhesiologie und Referent im Studiendekanat der Medizinischen Fakultät.

### Durchblick dank Datenbrille

Oft können die Studierenden sich nur schwer die genaue Position der Klappen, Kammern und der großen herznahen Blutgefäße vorstellen. Auch die Interpretation von Ultraschallbildern ist für Anfänger eine große Herausforderung, insbesondere wenn deren räumliches Vorstellungsvermögen wenig ausgeprägt ist. Wichtige Prozesse wie die Sauerstoffzufuhr, der Blutfluss durch Kammern und Vorhöfe oder die Funktion der Herzklappen sind in der Theorie meist schwierig beschreib- und erklärbar.

Besonders hilfreich ist daher der direkte Vergleich zwischen dem (zweidimensionalen) Ultraschallbild einer Transösophagealen Echokardiografie, bei der der Schallkopf in die

Speiseröhre eingeführt wird, und dem entsprechend visualisierten Bereich im Herzen. Die Anwender können sich verschiedene Schnittebenen und die hiermit korrespondierenden echokardiografischen Abbildungen anzeigen lassen. So macht es die VR-Technologie den Studierenden möglich, unterschiedliche Ultraschallbilder in ihrer räumlichen Komplexität leichter zu verstehen und besser zu deuten.

### Das Lehrbuch ergänzen, nicht ersetzen

»Im VR-Lab machen wir Raumstrukturen und Funktionsbeziehungen im Herzen sichtbar«, betont Dr. Wolfgang Öchsner: »Damit verbinden wir unsere medizin-didaktische, klinisch-fachliche und stereoskopische Expertise zu einer völlig neuen Lernwelt.« Der Nutzen für die Studierenden ist dabei im wahrsten Wortsinne sofort greifbar: »Leute, die mit VR gelernt haben, haben auch bei ihren Hospitationen im OP einen echten Mehrwert«, so Öchsner.

Die insgesamt drei Boxen des VR-Labs würden hauptsächlich von Studierenden der ersten drei Semester genutzt, betont Natalie Joos. Die Medizinstudentin im sechsten Semester ist Tutorin und bereits seit dem Start mit den Programmen im VR-Lab vertraut.

»Das Angebot wird bislang sehr gut angenommen. Studierende, die es bereits genutzt haben, sind begeistert«, erklärt Natalie Joos. Die dreidimensionalen Darstellungen und die virtuellen Lernerfahrungen sind für sie eine optimale Ergänzung zum klassischen Lehrbuch. Abseits der Vorlesungen können Studierende hier ihr erlerntes Wissen erweitern und vertiefen – im individuellen Lerntempo.

Den besonderen Vorteil sieht Natalie Joos in der Intensität und Effizienz durch das Lernen mit Datenbrille: »Die An-

### Eine neue Dimension des Lernens

### Weiterer Brücken-schlag zwischen Theorie und Praxis



wenderinnen und Anwender werden quasi in den Lernmodus versetzt und sind völlig fokussiert. Es gibt keine Ablenkung, die komplette Aufmerksamkeit ist gefordert!«

### Lernwelten mit Mehrwert

Die Universität Ulm setzt bei der Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses seit mehreren Jahren auf die vielfältigen Möglichkeiten digitaler Lernwelten. Mit der Datenbrille durchs Cyber-Herz zu spazieren, ist dabei die konsequente Ergänzung der seit längerem im Medizinstudium etablierten Online-Lernplattform Moodle.

Im Zusammenspiel von Dr. Wolfgang Öchsner, Claudia Grab (Leiterin Bereich Studium und Lehre der Medizinischen Fakultät), den E-Learning-Experten des Kompetenzzentrums eLearning (siehe Infokasten) und der Firma Imsimity wurde Moodle bereits 2016 um eine stereoskopische Einheit erweitert: Hier ist das Herz auf einem entsprechenden Bildschirm über eine 3D-Brille detailgetreu und interaktiv (be)greifbar.

Seit Jahresbeginn sind die digitalen Anwendungen im VR-Lab gebündelt. Neben dem 3D-Herz stehen den Studierenden seit kurzem auch virtuelle, dreidimensionale Darmmodelle zur Verfügung. Neben dem endoskopischen Einblick in den Darm finden sich Lektionen zum Aufbau des Dickdarms sowie zu chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Durch spielerische Wissensabfragen können die Lernenden selbst ihre Kenntnisse überprüfen.

### Herzchirurgie in 3D

Nicht nur im VR-Lab und in seinen verschiedenen Anwendungen für die Studierenden gelingt den Ulmern die Anbindung von 3D-Anwendungen. In der Mitralklappenchirurgie in minimal-invasiver Technik werde 3D-Videoskopie seit rund anderthalb Jahren erfolgreich eingesetzt, wie Prof. Dr. Andreas Liebold, Ärztlicher Direktor in der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie im Universitätsklinikum Ulm, erklärt.

Abhängig von der zugrunde liegenden Klappenerkran-

kung, der Ursache für den vorliegenden Klappenfehler sowie dem Ausmaß der Klappenzerstörung wird bevorzugt eine klappenerhaltende Operationstechnik angestrebt, die bei über 70% aller Eingriffe auch möglich ist.

Bei diesen rekonstruktiven Verfahren wird lediglich ein kleiner Schnitt auf der rechten Seite des Brustkorbs durchgeführt. Dank 3D-Videoskopie lassen sich die Schritte der OP fürs gesamte OP-Team visualisieren. Alle Beteiligten tragen 3D-Brillen und sind ins Geschehen eingebunden. Zudem ermöglicht die 3D-Videoskopie dem Operateur höchste Präzision.

»Neben der Mitralklappenchirurgie können wir 3D-Visualisierung unter anderem auch bei Operationen von Septumdefekten oder Herztumoren einsetzen«, betont Professor Dr. Andreas Liebold.

Markus Hartmann

### Digitale Helfer fürs Medizinstudium

Initiiert und eingerichtet wurde das VR-Lab durch das *Kompetenzzentrum eLearning in der Medizin Baden-Württemberg*. Dieses Kompetenzzentrum an der Uni Ulm ist Teil des Netzwerks *Lehre in der Medizin Baden-Württemberg*, einem Verbund aller Medizinischen Fakultäten in Baden-Württemberg. Lehrende und Studierende der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm arbeiten gemeinsam an innovativen Konzepten und Projekten in Sachen E-Learning, mobiles Lernen (mLearning) und Virtual Reality – und tauschen sich mit E-Learning-Lehrenden der anderen Verbundpartner aus. Neben dem 3D-Herz im VR-Lab bietet das Kompetenzzentrum beispielsweise die mobile App eMed, mit

deren Hilfe sich schwierige Lerninhalte wiederholen und üben lassen. Kurze Lernabschnitte mit unterschiedlichen Übungsmodi ermöglichen flexibles und effizientes Lernen sowie eine optimale Prüfungsvorbereitung. Die eLearning Plattform MyMi.mobile ermöglicht es, anhand hochauflösender, virtuell mikroskopierbarer und vollständig annotierter histologischer Präparate mikroskopisch-anatomische Inhalte webbasiert zu erlernen.

Weiterhin wird im Kompetenzzentrum an Augmented-Reality-Anwendungen gearbeitet, die angehenden Medizinern das Erlernen körperlicher Untersuchungstechniken erleichtern sollen.



# Die Vermessung des Lächelns

Es gibt viele sinnlose Rankings, eines davon ist »Das schönste Lächeln der Welt«. Je nach Hollywood-Hip-Faktor finden sich da immer andere Top-Lächel-Promis. Eine ist immer vertreten: Julia Roberts. Ihr Lächeln ist ihr Markenzeichen. Aber Lächeln ist mehr als das. Es ist unser schnellstes Kommunikationsmittel. Innerhalb von Sekunden erkennen wir ein lächelndes Gesicht, lange bevor erste Worte fallen. Ein Lächeln öffnet Herzen und hemmt Aggressionen.

## Drei Faktoren bestimmen das Lächeln

Was aber sind die Kriterien für ein »erfolgreiches« Lächeln, fragten sich Forscher um den Psychologen Nathaniel Helwig von der Universität von Minnesota. Die Wissenschaftler identifizierten zunächst drei Stellschrauben: die Höhe der Mundwinkel, die Breite des Mundes und die Sichtbarkeit der Zähne. Dann ließ Helwig Grafikdesigner eine 3D-Animation eines lächelnden Mannes anfertigen und jeden der drei Faktoren in den Stufen niedrig, mittel und stark durchexerzieren. Am Ende ergaben sich 27 unterschiedliche Lächel-Videoclips von je 250 Millisekunden Dauer. Auch asymmetrische Lächler ließ Helwig erstellen.

Dann kam die Feldarbeit: Die Wissenschaftler schnappten sich die iPads und machten sich auf die Suche nach willigen Versuchspersonen: Auf der Minnesota State Fair, einer der größten Messen des Bundesstaates, wo die Viehschau eine der Hauptattraktionen ist. Drei Tage lang zeigten die Wissenschaftler dort insgesamt 802 Freiwilligen jeglicher Alterscouleur (von 18 bis 82 Jahren) und jeglichen Geschlechts (510 Frauen, 292 Männer) die 27 Variationen des Lächelns.

Die Probanden sollten die Lächler in Skalen auf verschiedene Aspekte hin bewerten:

Wie effektiv ist das Lächeln? Ist das Lächeln falsch oder authentisch? Ist es unheimlich oder angenehm? Welche der sieben Grund-Emotionen transportiert es? (Wut, Verachtung, Ekel, Angst, Freude, Trauer, Überraschung).

## Beim Lächeln gilt: Weniger ist mehr

Erste Erkenntnis: Das eine perfekte Lächeln gibt es nicht. Zweite Erkenntnis: Weniger ist mehr. Sprich: Das Mittelmaß in allen drei Stellbereichen des Lächelns gefiel am besten. Nette Randnotiz des Experiments: Weder Geschlecht noch

Alkoholkonsum hatten einen Effekt auf die Wahrnehmung des Lächelns. Sich jemanden schönzutrinken gilt offenbar nicht fürs Lächeln.

Beliebig ist ein Lächeln aber nicht. Wohl gebe es ein Optimum in Sachen Mundwinkel und Mundbreite, schreiben Helwig und seine Kollegen. Mathematisch ausgedrückt: »Erfolgreiche Lächler haben einen Mundwinkel von 13 bis 17 Grad und eine Lächelbreite von etwa 55 bis 62% der Interpupillen-Distanz«.

Doch bevor Sie nun das Geodreieck suchen, um vor dem Spiegel Ihr Lächeln auszumessen – diese Daumenregeln fassen die Erkenntnisse zusammen:

- Ein mittelbreiter Mund mit mittelhohem Mundwinkel gefällt beim Lächeln meistens.
- Bei hohem Mundwinkel sollte das Lächeln nicht zu breit sein.
- Vorsicht mit Zähnen. Bei hohem Mundwinkel und breitem Mund wirkt das unheimlich (künftig sicherlich bald als Jack-Nicholson-Effekt benannt).
- Leichte Asymmetrien im Lächeln gefallen – aber nur zu Beginn des Lächelns.

Eine dritte Erkenntnis folgt daraus aber auch: Die richtige Geometrie kann nicht alles sein. Julia Roberts' bekanntlich sehr breites und sehr zahnlastiges Lächeln (bei geringer bis mittlerer Mundwinkelhöhe) wäre nach diesen Kriterien allenfalls durchschnittlich positiv bewertet worden. Vielleicht folgt daraus: Machen Sie es doch einfach so, wie Sie es gut finden. Schließlich kostet es Sie nur ein Lächeln.



Jens Lubbadeh ist freier Journalist und Schriftsteller und arbeitet in Hamburg. [post@lubbadeh.de](mailto:post@lubbadeh.de)

## MDK Baden-Württemberg

Ahornweg 2, 77933 Lahr  
Geschäftsführer *Erik Scherb*  
Telefon 07821.938-0  
E-Mail [info@mdkbw.de](mailto:info@mdkbw.de)

## MDK Bayern

Haidenauplatz 1, 81667 München  
Geschäftsführer *Reiner Kasperbauer*  
Telefon 089.67008-0  
E-Mail [Hauptverwaltung@mdk-bayern.de](mailto:Hauptverwaltung@mdk-bayern.de)

## MDK Berlin-Brandenburg e.V.

Lise-Meitner-Str.1, 10589 Berlin  
Geschäftsführer, Ltd. Arzt *Dr. Axel Meeßen*  
Telefon 030.202023-1000  
E-Mail [info@mdk-bb.de](mailto:info@mdk-bb.de)

## MDK im Lande Bremen

Falkenstraße 9, 28195 Bremen  
Geschäftsführer *Wolfgang Hauschild*  
Telefon 0421.1628-0  
E-Mail [postmaster@mdk-bremen.de](mailto:postmaster@mdk-bremen.de)

## MDK Hessen

Zimmersmühlenweg 23, 61440 Oberursel  
Geschäftsführer *Dr. Dr. Wolfgang Gnatzy*  
Telefon 06171.634-00  
E-Mail [info@mdk-hessen.de](mailto:info@mdk-hessen.de)

## MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Lessingstr. 33, 19059 Schwerin  
Geschäftsführerin *Dr. Ina Bossow*  
Telefon 0385.48936-00  
E-Mail [info@mdk-mv.de](mailto:info@mdk-mv.de)

## MDK Niedersachsen

Hildesheimer Straße 202, 30519 Hannover  
Geschäftsführer *Carsten Cohrs*  
Telefon 0511.8785-0  
E-Mail [kontakt@mdkn.de](mailto:kontakt@mdkn.de)

## MDK Nord

Hammerbrookstraße 5, 20097 Hamburg  
Geschäftsführer *Peter Zimmermann*  
Telefon 040.25169-0  
E-Mail [info@mdk-nord.de](mailto:info@mdk-nord.de)

## MDK Nordrhein

Berliner Allee 52, 40212 Düsseldorf  
Geschäftsführer *Andreas Hustadt*  
Telefon 0211.1382-0  
E-Mail [post@mdk-nordrhein.de](mailto:post@mdk-nordrhein.de)

## MDK Rheinland-Pfalz

Albiger Straße 19d, 55232 Alzey  
Stellv. Geschäftsführerin  
*Dr. Ursula Weibler-Villalobos*  
Telefon 06731.486-0  
E-Mail [post@mdk-rlp.de](mailto:post@mdk-rlp.de)

## MDK im Saarland

Dudweiler Landstraße 151,  
66123 Saarbrücken  
Geschäftsführer *Jochen Messer*  
Telefon 0681.93667-0  
E-Mail [info@mdk-saarland.de](mailto:info@mdk-saarland.de)

## MDK im Freistaat Sachsen e.V.

Bürohaus Mitte – Am Schießhaus 1  
01067 Dresden  
Geschäftsführer *Dr. Ulf Sengebusch*  
Telefon 0351.80005-0  
E-Mail [info@mdk-sachsen.de](mailto:info@mdk-sachsen.de)

## MDK Sachsen-Anhalt e.V.

Allée-Center, Breiter Weg 19 c  
39104 Magdeburg  
Geschäftsführerin *Ilka Malek*  
Telefon 0391.5661-0  
E-Mail [info.gf@mdk-san.de](mailto:info.gf@mdk-san.de)

## MDK Thüringen e.V.

Richard-Wagner-Straße 2a, 99423 Weimar  
Geschäftsführer *Kai-Uwe Herber*  
Telefon 03643.553-0  
E-Mail [kontakt@mdk-th.de](mailto:kontakt@mdk-th.de)

## MDK Westfalen-Lippe

Roddestraße 12, 48153 Münster  
Geschäftsführer *Dr. Ulrich Heine*  
Telefon 0251.5354-0  
E-Mail [info@mdk-wl.de](mailto:info@mdk-wl.de)

## MDS e.V.

Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen  
Geschäftsführer *Dr. Peter Pick*  
Telefon 0201.8327-0  
E-Mail [office@mds-ev.de](mailto:office@mds-ev.de)

MDK *forum*. Das Magazin der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung. Hrsg. vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)

## Verantwortlicher Redakteur

Dr. Ulf Sengebusch [ulf.sengebusch@mdk-sachsen.de](mailto:ulf.sengebusch@mdk-sachsen.de)

## Redaktion

Dorothee Buschhaus [d.buschhaus@mds-ev.de](mailto:d.buschhaus@mds-ev.de)  
Martin Dutschek [martin.dutschek@mdkn.de](mailto:martin.dutschek@mdkn.de)  
Michaela Gehms [m.gehms@mds-ev.de](mailto:m.gehms@mds-ev.de)  
Jan Gömer [jan.goemer@mdk-nord.de](mailto:jan.goemer@mdk-nord.de)  
Markus Hartmann [markus.hartmann@mdkbw.de](mailto:markus.hartmann@mdkbw.de)  
Dr. Barbara Marnach  
[b.marnach@mdk-nordrhein.de](mailto:b.marnach@mdk-nordrhein.de)  
Diana Arnold [diana.arnold@mdk-sachsen.de](mailto:diana.arnold@mdk-sachsen.de)

Die Artikel externer Autorinnen und Autoren geben deren Meinung wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

## Redaktionsbüro

MDS e. V., Martina Knop  
Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen  
Telefon 0201.8327-111  
Telefax 0201.8327-3111  
[m.knop@mds-ev.de](mailto:m.knop@mds-ev.de)

## Gestaltung und Layout

de Jong Typografie, Essen  
**Druck** Memminger MedienCentrum

## Bildnachweis

Titel: OksanaPhoto / [photocase.de](http://photocase.de)  
S. 25 thomasfuer / [photocase.de](http://photocase.de)  
S. 27 dixiland / [photocase.de](http://photocase.de)  
S. 29 Wellnhofer Designs /  
[stock.adobe.com](http://stock.adobe.com)

Fotos der Autoren und Gesprächspartner wurden uns, sofern nicht anders gekennzeichnet, privat zur Verfügung gestellt.

ISSN 1610-5346



